

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1960 — N° 5

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES PRIMITIFS
DU JÉJUNO-ILÉON**

A propos de huit observations personnelles

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE du Professeur M. LEVRAT
(Chef de Service Adjoint : Professeur Agrégé René BRETTE).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Janvier 1960.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean JUVANON

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 26 Août 1928, à Lyon.

IMPRIMERIE DE TREVoux

J. PATISSIER

1960

Contribution à l'étude
des
SARCOMES PRIMITIFS DU JÉJUNO-ILÉON

A propos de huit observations personnelles



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553627_0073

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1960 — N° 5

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES PRIMITIFS
DU JÉJUNO-ILÉON**

A propos de huit observations personnelles

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE du Professeur M. LEVRAT
(Chef de Service Adjoint : Professeur Agrégé René BRETTE).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Janvier 1960.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean JUVANON

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 26 Août 1928, à Lyon.

IMPRIMERIE DE TREVOUX

J. PATISSIER

1960

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire	M. J. LEPINE
Doyen	M. H. HERMANN
Assesseur	M. M. LEVRAT

Professeurs Honoraires

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

Physiologie	HERMANN	Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique urologique	CIBERT	Clin. médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge	BERNHEIM
Physique biolog., radiologie et physiothérapie	PONTHUS (<i>déjà ché à Beyrouth</i>)	Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Clin. neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME	Botan. et cryptogamie	NÉTIEN
Thérapeutique chirurgie. et chirurgie opératoire	ROCHET	Clinique chirurgicale	BERTRAND
Clin. des maladies infectieuses et bactériologie	SEDALLIAN	Chimie analytique pharmacéutic	BADINAND
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON	Pharmacie et pharmacol. Méd. légale et déontologie	DREVON
Clinique chirurgicale	WERTHEIMER	Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT
Hydrologie therap., climatol. et écologie sociale	DELORE	Clinique oto-rhino-laryngologique	MOUNIER-KUHN
Clinique médicale	P.-RAVAULT	Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique dermatologique et syphiligraphique	THIERS
Chimie médicale	CROIZAT	Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN
Chimie biolog. et médie.	ENSELME	Traumatol. des membres Cancérologie	CREYSSEL J. DARGENT
Clinique chirurgicale	MALLET-GUY	Anatomie pathologique	GUICHARD
Clin. de chirurgie orthopédique et chir. infant.	GUILLEMINET	Pathologie gén. et expér. Anatomie	GIRARD P. LATAJET
Pharmacie galénique et matière médicale	KEVOL	Pathologie chirurgicale	PEYCEJON
Clinique gynécologique	POLLLOSSON	Thérapeutique	GIRARD M.
Clinique obstétricale	PIGEAUD	Pathologie médicale	VACHON
Médecine du Travail	BOURRET	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Clinique médicale	LEVRAT	Histologie	X...
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER		

Professeur à titre personnel

Physique nucléaire appliquée à la médecine..... M BERGER

Professeurs titulaires sans chaire

Obstétrique	BANSSILLON	Physiologie	CHATONNET
Parasitologie	ROMAN	Pharmacie galénique et matière médicale	DORCHE
Bactériologie	BERTOYE A.		
Physiologie	CIER J. F.		

Maitres de Conférences - Agrégés

Chimie organique et toxicologie	PERROT	Thérapeutique	BRETTE
Anatomie pathologique	FEROLDI	Histologie	DUMONT L.
Pharmacie et Pharmacol	CIER A.	Hygiène	THIVOLET
Chimie biologique et médicale		Parasitologie	GARIN J.-P.
Anatomie	CREYSSEL R.	Physique	MORET
	DUROUX	Botanique et Cryptogamie	ODDOUX

Agrégés en exercice

Neuro-chirurgie	LECUIRE	Maladies infectieuses	MONNET P.
Cardiologie	GONIN A.	Oto-Rhino-Laryngologie	GIGNOUX M.
Obstétrique	MATHIEU J.	Stomatologie	FREIDEL Ch.
Orthopédie	MARTON J.	Médecine générale	PLAUCHU M.
Propédeutique médicale	PONT M.	Pathologie médicale	DEVIC M.
Pathologie médicale	VIGNON G.	Médecine légale	COLIN M.
Pathologie médicale	REVOL L.	Neurologie	GUYOTAT J.
Pathologie chirurgicale	JAUBERT D. BEAUJEU	Obstétrique	DUMONT M.
Médecine générale	TRAEGER J.	Urologie	DURAND L.
Pathologie chirurgicale	GUILLEMIN G.	Chirurgie générale	FRANCHILLON
Electro-radiologie	PAPILLON J.	Médecine générale	DESPIERRES C.
Obstétrique	BURTHIAULT	Chirurgie générale	DE MOURGUES
Pédiatrie et puériculture	FRANCOIS R.	Chirurgie générale	SAUBIER E.
Médecine générale	GUINET P.	Dermatologie	COLOMB D.
Pathologie chirurgicale	SAUTOT J.	Médecine du travail	TOLOT F.
Chirurgie générale	MARTON P.	Neurol. et Psychiatrie	SCHOTT B.
Chirurgie générale	MICHAUD P.	Ophtalmologie	BONAMOUR G.

Examineurs de la Thèse :

M. LEVRAT, *Président* ;

MM. P. P.-RAVAULT, VACHON et R. BRETTE, *Assesseurs*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LEVRAT

Nous avons le grand honneur d'appartenir à sa famille. C'est à son contact que notre vocation médicale a pris naissance. Il nous a toujours conseillé avec la plus grande bienveillance tout le long de nos études. Nous lui devons de ne pas avoir abandonné les concours hospitaliers au cours d'une période particulièrement difficile de notre existence, durant laquelle il nous a été donné d'apprécier ses qualités de cœur et de dévouement.

La clarté de son esprit et la rigueur de son raisonnement nous ont toujours séduit parce qu'elles se manifestent dans tous les domaines. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous proposer ce travail et nous sommes très sensible à la confiance dont il veut bien nous honorer, en nous accueillant dans son Service au sortir de notre Internat.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde affection et de notre sincère reconnaissance.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY,

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. P. RAVAUT

Nous avons eu le grand honneur de suivre son Service à divers échelons de notre carrière hospitalière: d'abord comme stagiaire, puis comme externe, enfin comme interne. L'étendue de ses connaissances nous a toujours frappé, il possède une qualité peu répandue que nous plaçons au-dessus de tout : le bon sens, qui se dégage infailliblement de ses paroles comme de ses actes.

Nous avons pu nous rendre compte personnellement de la sûreté de son diagnostic et nous le remercions encore vivement de la gentillesse qu'il nous a témoignée, au cours de circonstances particulièrement pénibles pour nous.

Qu'il soit assuré de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. VACHON,

Son extrême sensibilité lui permet de comprendre mieux que tout autre l'état d'âme d'un malade ; il sait traiter la souffrance morale autant que la souffrance physique.

Il a créé dans son service une ambiance familiale qui facilite le rendement de l'équipe de travail dont il s'est entouré. Les relations quotidiennes qu'il entretient avec ses Internes permettent à ceux-ci de le mieux connaître et d'apprécier pleinement toutes ses qualités.

Son sens clinique très sûr n'a d'égal que la grande simplicité avec laquelle il sait porter un diagnostic très délicat. Nous avons beaucoup appris à son contact, tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

Nous l'assurons de notre profonde gratitude et de notre fidèle dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. BRETTE

Nous le remercions très vivement d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail. Nous allons avoir prochainement l'honneur de bénéficier de son enseignement et nous sommes certain de pouvoir ainsi enrichir nos connaissances en pathologie digestive.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. ROCHET

Nous sommes très fier de faire partie de sa famille. Nous le remercions de son dévouement qui a eu l'occasion de se manifester à diverses reprises.

Qu'il soit assuré de notre sincère affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GALY

Nous lui gardons une reconnaissance émue de tout ce qu'il a fait pour nous à une certaine période troublée de notre existence.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GUILLEMINET

Il nous a prouvé qu'un excellent chirurgien peut se doubler d'un excellent médecin.

Nous lui restons très attaché et nous le remercions vivement de son dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRET

Qui nous a guidé dans l'étude radiologique de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur R. PEYCELON
Monsieur le Docteur M. GIRAUD
Monsieur le Docteur J. PERRIN
Monsieur le Professeur P. DELORE
Monsieur le Professeur P. P. RAVALT

INTERNAT

Monsieur le Professeur P. DELORE (deux semestres)
Monsieur le Professeur honoraire J. GATE
Monsieur le Professeur Agrégé G. VIGNON
Monsieur le Professeur Agrégé J. TRAEGER
Monsieur le Professeur A. VACHON
Monsieur le Professeur P. P. RAVALT
Monsieur le Professeur L. ROCHE
Monsieur le Professeur M. GIRARD

A NOS CONFERENCIERS D'INTERNAT ET D'EXTERNAT

MM. LES DOCTEURS COLIN, MAYER, DUBOIS

MM. LES DOCTEURS GALLOIS, RIVIERE, CHAPUY,
DE ROUGEMONT.

MONSIEUR LE DOCTEUR LARBRE
Médecin des Hôpitaux

A NOTRE CONFERENCIER DE MEDICAT

MONSIEUR LE DOCTEUR A. GARDE

*Sa connaissance approfondie de
la neuro-psychiatrie, son esprit hu-
moristique, et la pureté de son style,
font notre admiration.*

A NOS CAMARADES DE L'INTERNAT,

A TOUS NOS AMIS

Introduction - Historique

La première idée qui vient à l'esprit lorsqu'on se propose de traiter une question portant sur les sarcomes primitifs du jéjuno-iléon concerne le caractère exceptionnel de ces tumeurs, dont il est bien difficile de trouver une description complète dans les divers traités de pathologie générale et même dans les ouvrages orientés plus spécialement vers la gastro-entérologie. Or, l'adjectif exceptionnel ne convient plus aux sarcomes primitifs du jéjuno-iléon, et pour s'en convaincre il suffit de parcourir les revues chirurgicales et du tube digestif de ces 15 dernières années, où de nombreux auteurs font état d'observations, pour la plupart isolées il est vrai, concernant ces tumeurs.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de réaliser sous la direction de notre Maître, le Professeur LEVRAT, à qui nous devons le sujet de cette thèse, un travail d'ensemble sur ces sarcomes, qui tout en restant des lésions peu fréquentes, méritent cependant d'être recherchées, et cela d'autant plus que les investigations gastro-entérologiques classiques sont restées négatives. Notre matériel d'étude comporte :

— D'une part huit observations personnelles qui nous ont été confiées par le Pr. LEVRAT, auquel nous adressons nos vifs remerciements.

— D'autre part 168 observations recueillies dans la littérature française et anglo-saxonne, de 1945 à 1959, dont 160 de 1948 à juin 1959.

Nous nous sommes volontairement limité aux 12 dernières années, dans notre revue des sarcomes du jéjuno-iléon. En effet, en 1932, ULLMAN et ABESHOUSE font une excellente revue des cas jusqu'alors publiés, et en 1950, MARCUSE et STOUT font paraître une analyse très complète des observations relatées entre 1932 et 1948.

C'est donc en nous basant sur un total de 176 observations que nous avons été amené à tirer certaines conclusions d'ordre étiologique, anatomique, clinique et thérapeutique, concernant ces tumeurs. Nous tenons à préciser immédiatement 3 points particuliers :

1° Tout d'abord, nous avons essayé dans la mesure du possible, de ne conserver que les observations authentifiées de façon indiscutable par un examen anatomique ; seuls quelques cas échappent à ce critère, mais il est à noter que dans le cadre même de l'anatomo-pathologie, règne une certaine confusion bien mise en lumière par les multiples terminologies utilisées pour désigner ces tumeurs, ce qui a singulièrement compliqué notre triage d'observations.

2° Ensuite, nous avons limité notre étude au jéjuno-iléon. Les localisations au niveau de l'angle duodéno-jéjunal ont été cependant conservées, mais les sarcomes duodénaux proprement dits, que les Anglo-Saxons font pourtant rentrer dans le cadre de l'intestin grêle, ont été écartés. A l'extrémité distale, nous n'avons pas cru devoir retenir les localisations iléo-caecales en raison des difficultés rencontrées pour préciser leur point de départ exact. En revanche, le diverticule de Meckel a été considéré comme faisant partie intégrante de l'intestin grêle.

3° Enfin, nous avons éliminé les observations de HODGKIN intestinaux considérant que la maladie de Palttauf-Sternberg est une maladie de système n'ayant rien de commun avec les sarcomes du grêle, maladie locale.

Ces restrictions étant admises, nous pensons qu'une revue générale des sarcomes primitifs du jéjuno-iléon est intéressante à un triple point de vue :

— Clinique d'abord, et bien que ces tumeurs soient loin de posséder une symptomatologie univoque, il est pourtant certaines associations de signes qui doivent y faire penser.

— Diagnostique ensuite, du fait des progrès incontestables de la radiologie de ce segment intestinal.

— Thérapeutique enfin, car si le pronostic d'ensemble reste assez sombre, il n'est pas aussi catastrophique que d'aucuns s'accordent à le penser.

Si la première observation certaine de tumeur du grêle paraît être celle de SORLIN, en 1824, et la première étude statistique celle de LITCHTENSTEIN en 1876, il semble bien que l'on doive à BESANCON et GRIFFON en 1889, puis à KUNDRATH en 1893, l'individualisation des sarcomes intes-

tinaux du groupe des maladies du système lymphatique. En effet, avant 1889, il n'y a guère en France que des travaux épars sur cette question, parmi lesquels le mémoire de DU CASTEL, les thèses de HAUSSMANN (Paris 1881) et JOURNET (Paris 1883), méritent cependant une mention. A l'étranger, ces sarcomes intestinaux paraissent avoir plus facilement retenu l'attention et des observations en sont publiées par MOXOM en 1873, MAC BURNEY, SCHOEPPER et BALTZER en 1882. Par ailleurs, les auteurs de langue allemande recherchent systématiquement le sarcome du grêle au cours de leurs autopsies, et le fruit de ces travaux se dévoile dans le Traité de pathologie publié sous la direction de NOTHNAGEL qui contient un chapitre complet traitant de ce sujet.

Dès le début du XX^e siècle, nombreux sont les auteurs français qui s'attachent à ce chapitre de pathologie intestinale : la thèse de BADIE (Lyon 1900), n'est que le prélude à la revue très complète qu'effectue LECÈNE dans sa thèse (Paris 1904) sur les tumeurs malignes du grêle en général. Cet auteur rapporte 76 sarcomes à propos desquels il décrit avec soin les caractères anatomiques de ce type de lésions. ALBERTIN et LERICHE publient un nouveau cas en 1907, un an plus tard le sarcome du grêle d'origine vitelline est mis en vedette par la thèse de BOISSIÈRE (Paris 1908). De 1920 à 1930, se succèdent les thèses parisiennes de MALBRAND et CORNU, l'article de VAUTRIN et MICHON sur les sarcomes pédiculés, les études de LEVEUF et GODARD sur les sarcomes cavitaires du grêle chez l'enfant. En 1939, HECTOR y consacre un important travail. Mais durant cette première moitié du XX^e siècle les auteurs de langue italienne et anglo-saxonne ne restent pas inactifs : en 1913, CROWTHER, rassemble 191 cas de sarcomes intestinaux, en 1919 GRAVES en réunit 58 supplémentaires, portant ainsi à 249 le nombre de cas publiés. En 1932, ULLMAN et ABESHOUSE colligent 126 nouvelles observations, ce qui porte à environ 375 le nombre de sarcomes intestinaux publiés jusqu'à cette date dans la littérature, dont 244 sur le grêle. De son côté, RAIFORD à la même époque fait paraître un important travail sur les tumeurs du grêle. A Lyon, RICARD et FRANCILLON rapportent 3 nouveaux cas en 1943. Les Espagnols avec WALLS COLOMER et GIMENEZ DIAZ apportent leur contribution à cette question.

Et depuis la fin de la dernière guerre, de nombreux auteurs ont à propos de quelques observations personnelles fait une revue de la littérature. Parmi ceux-ci, il faut signaler BROCC et POILLEUX qui, en 1955, sont à l'origine d'un véritable colloque à l'Académie de Chirurgie sur les tumeurs du grêle ; CHAMOINE, qui, la même année y con-

sacre un très gros travail ; HILLEMANN et ses élèves ; LEVRAT et ses élèves qui en rapportent chacun des observations isolées ; PEYCELON et REPLUMAZ, qui viennent récemment de publier une statistique portant sur 10 interventions personnelles ; PATEL qui fait état de 16 observations, dont 5 sarcomes, et précise certains points particuliers de technique chirurgicale.

Chez les Anglo-Saxons il est pratiquement impossible de citer tous ceux qui se sont intéressés à ces néoformations. Nous nous bornerons à mentionner FRASER en 1945, MARCUSE et STOUT en 1950, qui trouvent dans la littérature entre 1932 et 1948, 192 nouveaux cas de sarcomes du grêle (portant ainsi à 436 environ le nombre de cas publiés), IRVINE et JOHNSTONE en 1955 qui insistent sur la fréquence de la perforation dans le sarcome, HORSLEY et MEANS qui la même année font une revue assez complète des léiomyo-sarcomes du grêle. Enfin, début 1958, BERNSTEIN et WOO YOON CHEY, font état d'une statistique portant sur 109 tumeurs du grêle observées en 25 ans au Mount Sinai Hospital de New York, et qui comprend 36 sarcomes, cette statistique restant à notre connaissance une des plus importantes publiées jusqu'à présent. Tout dernièrement, Ian FRASER de Belfast rassemble 96 tumeurs du grêle, dont 15 sarcomes.

L'histoire du sarcome de l'intestin grêle semble donc passer par 3 étapes :

— Une première étape à la fin du XIX^e siècle, où il peut être considéré comme une découverte d'autopsie.

— Une deuxième étape durant la première moitié du XX^e siècle, où il devient une découverte d'intervention.

— Une troisième étape enfin, datant seulement de quelques années, qui ouvre l'ère du diagnostic radiologique du sarcome, et peut ainsi être à l'origine de résultats thérapeutiques moins sombres que ceux enregistrés jusqu'à présent.

Nos observations personnelles

OBSERVATION N° 1

(Déjà publiée in *Arch. App. Dig.*, 41, n° 1, janvier 1952).

Mme Jul... Eugénie, 59 ans, est adressée au Pr. LEVRAT le 23-11-1950 par le Dr. PASQUIER, chirurgien à Bourgoin.

1° On relève dans ses antécédents de petits troubles digestifs liés à une insuffisance hépatique, avec intolérance aux œufs, migraines, vomissements faciles. Il est donc difficile de déterminer d'une façon précise le début des troubles qui l'amènent à consulter.

2° Il semble cependant que ceux-ci remontent à 10 mois environ, en janvier 1950, date à laquelle elle se fait une fracture traumatique de la clavicule. C'est pendant sa convalescence qu'elle commence à présenter des douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Ces douleurs surviennent par crises, elles débutent habituellement entre 16 et 18 heures, elles siègent dans l'hypocondre gauche, mais irradient à l'épigastre et dans le dos ; elles entraînent au bout d'une heure un ou deux vomissements qui sont d'abord alimentaires puis bilieux ; la crise se prolonge plusieurs heures, accompagnée de gargouillements abdominaux. Ces crises au début espacées, sont devenues progressivement de plus en plus fréquentes, jusqu'à 3 par semaine. L'histoire est difficile à faire préciser à cause de l'état névropathique de la malade, mais évoque néanmoins un syndrome de Koenig.

3° L'examen clinique est négatif, on note tout au plus une douleur diffuse à la palpation de l'hypocondre et de la fosse iliaque gauche, le toucher rectal et le toucher vaginal sont normaux.

4° Divers examens de laboratoire ont été pratiqués :

— Phémogramme, pratiquement normal :

Globules rouges : 4.450.000 ; Globules blancs : 8.500 ; Polynucléaires neutrophiles : 78 ; Eosinophile : 2 ; Moyen mononucléaire : 8 ; Grand Mononucléaire : 4 ; Lymphocytes : 8.

— Deux Weber négatifs dans les selles.

— Hyperglycémie provoquée : n° 1 : 0,95 ; n° 2 : 1,05 ; n° 3 : 1.

— Trémollières : 65 % en 24 heures. Sérologie négative.

5° Les examens radiologiques ont apporté des renseignements plus intéressants.

— Le côlon paraissant normal au lavement baryté, une urographie intra-veineuse a été pratiquée sans révéler d'image patho-

logique. C'est alors que cliniquement on s'oriente vers des crises pancréatiques, c'est assez dire l'atypie de la symptomatologie.

— Mais en revoyant dans un second temps les radiographies du cadre colique, on aperçoit, ce qui avait échappé au premier examen, une volumineuse bulle gazeuse allongée verticalement à la place du colon descendant, mais que l'imprégnation barytée du gros intestin permet de situer en dehors de celui-ci. On pense à une sténose du grêle, et les radiographies après transit accéléré du grêle, confirment à l'évidence le diagnostic de sténose jéjunale, en montrant une anse dilatée sur 20 à 30 cm. de long, à 50 cm. environ en aval de l'angle duodéno-jéjunal, la sténose paraissant siéger très haut et très en dehors, au-dessous de l'angle gauche.

La sténose est très incomplète, car la dilatation en amont est très localisée, et 50 minutes après ingestion la baryte se trouve déjà dans le cæcum et l'estomac est entièrement vide. Immédiatement en amont de la sténose il y a pourtant un peu de liquide de stase qui donne un aspect floconneux à la baryte ; on distingue sur les films la paroi intestinale qui est épaissie, et on note la disparition de tout pli de la muqueuse intestinale sur les 5 derniers centimètres environ du jéjunum, en amont de la sténose ; la paroi intestinale paraît rigide avec des déformations semi-permanentes à ce niveau.

Le diagnostic de sténose jéjunale étant porté, on n'ose pas en préciser la nature exacte, hésitant entre une bride ou une tumeur. Le caractère régulièrement progressif de la sténose, l'absence de tout antécédent abdominal, l'âge de la malade, font penser plutôt à une néoplasie, bien que la recherche du sang dans les selles soit négative à deux reprises.

6° La malade est opérée à Bourgoin par le Dr. PASQUIER le 13 décembre 1950 : incision transversale gauche à hauteur de l'ombilic ; dès l'ouverture du péritoine on tombe sur une anse grêle dilatée, et à paroi très épaissie, voisinant avec des anses anormales, aplaties. En soulevant la partie gauche du colon transverse, on voit que l'anse dilatée est fixée à son sommet au péritoine pariétal postérieur, par une zone d'adhérences serrées, du diamètre d'une pièce de 2 francs ; cette adhérence détermine une coudure à angle aigu de l'anse intestinale, cause de la sténose, l'anse efférente étant aplatie, et adhérente à l'anse afférente ce qui accentue encore la coudure et la sténose. La paroi intestinale est friable, mais la lumière ne paraît pas rétrécie en dehors de la coudure. Il existe une adénopathie importante qui remonte haut dans le mésentère. La libération de l'adhérence postérieure entraîne une déchirure partielle de l'anse, mais on peut la libérer et on fait une résection intestinale d'autant plus large qu'il est nécessaire de l'étendre à toute la zone mésentérique du ganglion. On rétablit la continuité par une anastomose termino-terminale au bouton de Villard avec surjet de sécurité. Fermeture sans drainage.

Les suites opératoires sont simples, mais 2 mois après, alors que la malade, rentrée chez elle, paraissait complètement rétablie, elle meurt en deux jours avec une scène abdominale aiguë faisant penser à une perforation.

L'examen de la pièce opératoire montre que l'exérèse porte sur 70 cm. de grêle environ, la lésion siège approximativement au milieu de l'anse réséquée, l'anse sus-jacente est dilatée, l'anse sous-jacente de diamètre environ moitié moindre. A l'ouverture de la pièce, on constate que la lumière intestinale n'est pas rétrécie par la lésion, et que la sténose est due uniquement à la coudure intestinale. En amont de celle-ci, l'intestin est franchement dilaté sur

une longueur de 4 à 5 centimètres. Au niveau de cette zone dilatée, la muqueuse ne présente aucune ulcération ou végétation anormales, elle a simplement perdu ses plis normaux, paraît lisse ou finement granuleuse. Cet aspect anormal de la muqueuse se termine d'une façon très brusque en amont et en aval de la zone dilatée, il n'y a aucune transition avec la muqueuse normalement plissée sus et sous-jacente ; on a en somme une boursoufflure localisée de l'intestin qu'on pourrait comparer à un anévrysme fusiforme de l'aorte avec son double collet. La tranche de section montre qu'au niveau de cette boursoufflure intestinale, la paroi est très légèrement épaissie de 3 ou 4 millimètres environ, et d'aspect blanc lardacé, cet aspect anormal de la tranche de section s'interrompt de façon également très brusque à l'endroit où la muqueuse intestinale retrouve ses plis normaux.

7° L'examen histologique de la paroi intestinale et du ganglion mésentérique pratiqué par le Pr. GUICHARD et le Dr. FEROLDI montre à un fort grossissement qu'il s'agit d'un sarcome lymphoblastique : éléments mono-nucléés avec de très nombreuses mitoses, monstruosité nucléaires, lacunes hémorragiques intra-tumorales. Mais plus intéressant à notre point de vue est l'examen à un très faible grossissement, et même à l'œil nu, de deux coupes pratiquées longitudinalement suivant l'axe de la lumière intestinale, à l'union de la zone pathologique et de la zone saine, aux limites amont et aval de la lésion. On constate sur ces coupes que le lymphosarcome envahit la paroi intestinale, détruisant la tunique musculaire, s'étendant extérieurement jusqu'au péritoine, mais respectant à l'intérieur la muqueuse intestinale partout intacte. Dans toute la zone d'extension du lymphosarcome, la muqueuse a perdu tout plissement et les plis normaux réapparaissent, à quelques millimètres près, au point où s'arrête l'envahissement de la paroi intestinale par le cancer. Il semble que ce soit la destruction de la tunique musculaire par la tumeur qui explique la disparition du plissement muqueux.

8° Si nous confrontons maintenant notre pièce opératoire avec les coupes histologiques d'une part, les radiographies d'autre part, on voit qu'on peut limiter exactement la tumeur sur la radiographie à la zone rigide où les plis ont disparu. Nos radiographies ne montrent donc pas simplement une sténose intestinale avec une anse dilatée en amont comme nous le croyions, avant l'opération, mais ces radiographies nous donnent une image directe du lymphosarcome intestinal.

OBSERVATION N° 2

(Déjà publiée in *Arch. App. Dig.*, 41, n° 1, janvier 1952.)

M. Cur., Elie, 49 ans, est adressé dans le service du Pr. LEVRAT le 16-4-1951 par le Dr. CUILLERET.

1° Dans ses antécédents, on relève un éthylisme ancien à 1 litre par jour, une spécificité découverte en 1928 et traitée par trois séries de bismuth, une blessure de l'œil gauche avec cécité consécutive en 1939, un lumbago d'effort en 1950, enfin, en 1951, un épisode douloureux de la jambe droite sans étiquette précise.

2° L'histoire actuelle semble remonter à un mois et demi et débute par un syndrome douloureux abdominal du flanc gauche

post-prandial précoce, avec vomissements intermittents. Parallèlement, le malade accuse une baisse importante de l'état général avec amaigrissement de 8 kilos, anorexie et asthénie. C'est une petite tumeur sous-cutanée péri-ombilicale qui l'amène à consulter le Dr. CUILLERET, celui-ci lui conseille l'hospitalisation.

3° L'examen clinique révèle une volumineuse tumeur abdominale située en plein ventre à gauche de l'ombilic, très fixée en profondeur, immobile dans les mouvements respiratoires. Il existe de plus un nodule sous-cutané de la paroi abdominale gros comme une noisette, dont la nature métastatique paraît certaine. Enfin, de volumineuses adénopathies cervicales et axillaires complètent le tableau clinique.

4° Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

— Tests hépatiques : Gros : 1,7 ; Hanger : ++ ; Mac Lagan : 1,2 ; Prothrombine : 100 %.

— Cyto-chimie urinaire. — Albumine : 0 gr. 45 ; rares hématies ; nombreux cylindres granuleux.

— Hémogramme : Globules rouges : 4.150.000 ; Globules blancs : 12.500 ; V. G. : 1 ; Hémoglobine : 80 % ; Polynucléaires neutrophiles : 69 % ; Eosinophile : 1 % ; Moyen Mononucléaire : 10 % ; Grand Mononucléaire : 5 % ; Lymphocytes : 14 %.

— La réaction de Weber dans les selles est négative, ainsi que la sérologie sanguine.

5° Les examens radiologiques :

— La radiographie thoracique objective de volumineuses adénopathies médiastinales, ce qui, étant donné le contexte clinique, fait porter le diagnostic de tumeur ganglionnaire abdominale, ou à la rigueur de tumeur digestive avec métastases.

— Les radiographies gastro-duodénales montrent l'intégrité de l'estomac, mais l'attention est immédiatement attirée par une image anormale du grêle ; la première anse jéjunale en aval de l'angle duodéno-jéjunal est transformée en un tube rigide, élargie, à contours irréguliers dans lequel stagne la baryte ; il n'y a aucun signe de sténose, le duodénum n'est pas dilaté et la baryte injecte sans retard les anses jéjunales sous-jacentes. Il semble qu'il y ait une double anse accolée en canon de fusil qu'il a été impossible de dissocier par la compression ou en faisant varier l'incidence. Cette image radiologique associée au contexte clinique fait porter le diagnostic de sarcome du grêle.

6° Rien ne pouvant justifier une laparotomie exploratrice, on pratique une biopsie de la métastase cutanée. L'examen histologique pratiqué par le Dr. FÉROLDI a montré qu'il s'agissait bien d'un sarcome, et très probablement d'un liposarcome d'après l'aspect de certains points de la tumeur.

7° Un traitement radiothérapique est commencé à faibles doses le 27 avril ; le 8 mai, le malade présente les symptômes dramatiques d'une perforation digestive et meurt le 13 mai sans qu'aucun geste chirurgical puisse être tenté. Il ne put être fait de contrôle anatomique. Malgré l'absence de celui-ci, le diagnostic de sarcome jéjunal ne peut être mis en doute, du fait de la biopsie et de l'image radiologique particulièrement évocatrice.

OBSERVATION N° 3

(Déjà publiée in *Arch. App. Dig.*, 43, n° 6, 1954.)

M. Che... Emile, 52 ans, est adressé dans le service du Pr. LEVRAT le 22-10-1951, par le Dr. CHAUVIRE, pour syndrome douloureux abdominal.

1° Dans ses antécédents, éthyisme à 2 litres, constipation et crampes d'estomac intermittentes depuis plus de 10 ans.

2° L'histoire actuelle débute il y a 5 mois environ par des douleurs épigastriques post-prandiales précoces, variables dans leur intensité, ne s'accompagnant ni de nausées ni de vomissements, ni de troubles importants du transit intestinal, et dont l'évolution est capricieuse, entrecoupée de périodes d'accalmie.

3° L'examen clinique est entièrement négatif, et ne permet pas notamment de déceler une masse abdominale.

4° Les examens de laboratoire n'apportent que de maigres renseignements :

— Hémogramme : Globules rouges : 4.908.000 ; Globules blancs : 9.600 ; Hémoglobine : 84 % ; V.G. : 0,85 ; Polynucléaires neutrophiles : 84 % ; Moyen Mononucléaire : 4,5 % ; Grand Mononucléaire : 9,5 % ; Lymphocytes : 2 %.

— Chimisme gastrique :

	HCl Libre	Acidité Totale
1	0,36	1,13
2	3,65	4,75
3	4,34	5,18
4	3,36	4,15

— Trois réactions de Weber dans les selles reviennent positives.

5° Les radiographies gastro-duodénales semblent montrer en première analyse une irrégularité de la petite courbure, faisant discuter un néoplasme. Mais sur une seconde série de films pris quelques jours plus tard, on distingue très nettement une image anormale au niveau de l'angle duodéno-jéjunal : zone canaliculée à contours irréguliers où stagne la baryte, avec disparition des plis sur 3 à 4 cm., sans signes de sténose et de distension duodénale en amont. Cette image avait échappé à la première investigation radiologique car elle était masquée par la grande courbure.

Les films tirés après injection de baryte par une sonde duodénale confirment les images précédentes et permettent de déceler en amont une image lacunaire du quatrième duodénum.

6° Le malade passe dans le service du Pr. PEYCELON et est opéré le 13-11-1951. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve une tumeur au niveau de la région de l'angle duodéno-jéjunal du volume d'un gros poing, très dure, avec de petits nodules rétro-péritonéaux indépendants de la masse duodénale et qui sont vraisemblablement des ganglions. Cette tumeur englobe l'angle duodéno-jéjunal, le quatrième duodénum et une partie du troisième duodénum. Elle envahit largement le méso-colon transverse. On renonce à pratiquer une intervention de dérivation, car il n'est pas possible de faire une duodéno-jéjunostomie, et une gastro-entéro-anastomose

serait une mauvaise solution étant donné qu'il s'agit d'une sténose duodénale basse. La laparotomie reste exploratrice. Un fragment est prélevé pour biopsie. Sutures pariétales.

7° L'examen histologique est pratiqué par le Dr FÉROLDI : « On ne reconnaît aucun élément de la paroi intestinale sur le fragment examiné, dont la totalité est envahie par une tumeur formée de cellules groupées en amas, disséminées dans un tissu scléreux dense. Ces cellules sont volumineuses, claires, très souvent atypiques; en mitoses. On observe aussi de nombreuses divisions indirectes, il s'agit très vraisemblablement d'un réticulo-lymphosarcome, peut-être d'un sarcome polymorphe ».

Le malade a quitté le service de chirurgie le 30-11-1951, il est hospitalisé à nouveau dans le service du Pr. LEVRAT le 11-1-1952. Il a perdu 8 kilos après l'intervention. Les douleurs abdominales ont presque disparu, mais il présente parfois quelques vomissements. Depuis le 28-12-1951 ces vomissements alimentaires et bilieux sont devenus quotidiens, la constipation est opiniâtre, les selles n'étant évacuées que par lavements. En somme ce malade se présente avec un syndrome de sub-occlusion.

Les examens de laboratoire objectivent une azotémie à 0 gr. 80, l'hémogramme donne un chiffre de globules rouges variable (entre 3.408.000 et 4.300.000), les globules blancs restent compris entre 4 et 5.000, les polynucléaires neutrophiles autour de 70 %, les éosinophiles entre 10 et 16 %.

Une deuxième intervention est pratiquée le 20-3-1952 dans le Service du Pr. PEYCELON : Laparotomie sur l'ancienne cicatrice. La tumeur de l'angle duodéno-jéjunal a progressé depuis la dernière intervention, elle est beaucoup plus envahissante. L'estomac est en état de sténose serrée, très distendu et épaissi. On pratique une gastro-entéro-anastomose à la section, à la face postérieure de l'estomac, mais avec une anse pré-colique. Suture pariétale.

Le malade passe à nouveau dans le service du Pr. LEVRAT le 31-3-1952. Il en sort le 26-5-1952, dans un état cachectique. Exitus très probable, mais dont on n'a pas la confirmation certaine.

OBSERVATION N° 4 (Inédite)

Mme Dar... Gabrielle, 42 ans, est adressée dans le service du Pr. LEVRAT le 21-1-1954 par le Dr. GIRAUD.

1° Dans ses antécédents on relève peu de choses : une appendicectomie en 1948, une intervention pour prolapsus utérin en 1952. Elle est mariée, a 4 enfants en bonne santé.

2° L'histoire actuelle débute le 24-12-1953 dans l'après-midi par une douleur sus-ombilicale violente, à type de torsion, irradiant dans l'hypocondre droit, le flanc droit, et la région lombaire droite. Depuis cette date, succession quotidienne de paroxysmes douloureux de même topographie, l'après-midi vers 17 heures et parfois la nuit. Ces paroxysmes durent quelques minutes, puis apparaissent des gargouillements, et la malade a l'impression que quelque chose a pu passer ; plusieurs paroxysmes se manifestent au cours de la même journée. Il n'y a pas de nausées, pas de vomissements, pas de troubles du transit, pas de température.

3° L'examen clinique est négatif, tout au plus peut-on noter une sensibilité abdominale diffuse et un discret météorisme.

4° Les examens radiologiques donnent les renseignements suivants :

la radiographie vésiculaire montre l'absence de calculs.

— Un premier transit du grêle est considéré comme normal, mais une radiographie simple de l'abdomen, au moment d'une crise douloureuse, décèle des niveaux hydro-aériques.

— Un deuxième transit est alors pratiqué quelques jours plus tard et objective une anse dilatée, permettant d'affirmer la sténose située dans la région pelvienne. En revoyant le premier transit, vieux de 15 jours, on note de petites anomalies sur l'anse suspecte, mais sans distension notable. L'hypothèse d'une sténose par brides semble la plus probable.

L'indication opératoire est formelle.

5° L'intervention est pratiquée dans le service du Pr. PEYCELON le 6-2-1954 par le Dr. REPLUMAZ : excision de l'ancienne cicatrice et laparotomie sous et para-ombilicale. L'utérus est fixé correctement et il n'existe pas de brides à ce niveau. On suit l'intestin dilaté et on a la surprise de trouver un obstacle sous forme d'une tumeur du grêle avec de volumineuses adénopathies mésentériques manifestement malignes. Ces adénopathies remontent très haut, à la hauteur de L. 3, dans la racine mésentérique. La résection du grêle est rendue difficile de ce fait, et on est obligé de l'étendre en aval pour trouver un intestin vascularisé de façon correcte. Réta-blissement de la continuité au bouton de Villard, satisfaisante malgré l'incongruité des 2 bouts. Points séparés au fil de lin autour de la brèche mésentérique. Fermeture pariétale. Catgut chromé.

L'examen de la pièce opératoire est pratiqué par le Pr. LEVRAT : tumeur en virole rétrécissant considérablement la lumière du grêle. A l'ouverture, il s'agit d'une tumeur circulaire, infiltrant l'intestin sur 3 cm. de haut, avec ulcération de la muqueuse, anse supérieure distendue ; gros ganglion dans le mésentère.

En revoyant rétrospectivement les 2 transits pris à quelques jours d'intervalle, il apparaît que l'image de la sténose s'est déplacée d'au moins 20 cm. de la gauche vers la droite, ce qui est évidemment contraire à l'hypothèse de brides. D'autre part sur les films avant l'occlusion, on a un aspect de rigidité de l'anse malade, correspondant à une compression ganglionnaire et à l'infiltration néoplasique, image qu'explique mal l'hypothèse de brides.

Les suites opératoires sont simples, et on institue un traitement radiothérapique complémentaire (16 séances).

6° L'examen histo-pathologique est pratiqué par le Dr. R. BRETTE : sarcome lymphoblastique. « Il existe un envahissement de la muqueuse dans presque toute son étendue ; de la sous-muqueuse et de la musculuse par des cellules arrondies ou ovales, à protoplasme basophile, tassées les unes contre les autres ; par places, cellules du réticulum volumineuses et à protoplasme plus clair. Enfin, quelques zones nécrotiques et hémorragiques. Il s'agit certainement d'un lymphosarcome de l'intestin grêle. »

La malade quitte le service le 5-2-1954. D'avril à décembre 1954, elle est suivie régulièrement en consultation : son état général est excellent. Il persiste seulement quelques douleurs abdominales.

Le 27-9-1954, un hémogramme donne les chiffres suivants : Globules rouges : 4.330.000 ; Polynucléaires neutrophiles : 64 % ;

Eosinophiles : 2 ; Moyen Mononucléaire : 16 ; Grand Mononucléaire : 8 ; Lymphocytes : 10.

Le 9-11-1954, on découvre un ganglion inguinal gauche assez dur permettant d'affirmer l'évolution sarcomateuse. Le transit radiologique est normal. On prescrit à nouveau la radiothérapie.

La malade est hospitalisée à nouveau le 17-1-1955. Elle présente à ce moment des signes de sténose haute du grêle que la radiographie permet de localiser sur la troisième portion du duodénum. On doit donc admettre qu'il s'agit d'une compression par des ganglions mésentériques, au niveau de la racine du mésentère.

Les examens de la laboratoire donnent les résultats suivants :

— Hémogramme : Globules rouges : 4.060.000 ; Globules blancs : 8.400 ; Hémoglobine : 75 % ; V. G. : 0,92 ; Polynucléaires neutrophiles : 83 % ; Moyen Mononucléaire : 6 % ; Grand Mononucléaire : 9 % ; Lymphocytes : 2 %.

— Ionogramme :

— Urée : 0,45 ; Hématocrite : 40 % ; R. A. ; 57 volumes.

— Protéines totales : 70,5 pour mille ; Chlore : 3,74.

— Potassium : 4,8 Meq. ; Sodium : 134 Meq.

La malade est mise en aspiration, rééquilibrée au point de vue ionique et reçoit en plus de l'actinomycine.

Elle passe dans le service du Dr. PEYCELON le 20-1-1955 et est opérée une deuxième fois le 25-1-1956 par le Dr. REPLUMAZ ; Laparotomie médiane sus-ombilicale ; estomac dilaté ; en relevant le méso-colon transverse, on se rend compte qu'il existe de volumineuses adénopathies pré-vertébrales, pré-pancréatiques, envahissant le méso-colon, et qui sont la cause de l'obstacle. On pratique une gastro-entéro-anastomose à la suture en 3 plans, en situation précolique sur la première anse jéjunale que l'on a découverte sans trop de difficultés, et dont le mésentère est très court, (suture sous tension légère). Fermeture pariétale. Nylon perdu.

Le 8-12-1955, la malade repasse dans le service du Pr. LEVRAT. L'état général est bon, elle ne souffre pas. Deux hémogrammes pratiqués pendant le séjour sont sensiblement identiques à celui du mois précédent. Le 23-2-1955 est institué un traitement à l'actinomycine, avec contrôle régulier de la formule hématologique. Le 10-3-1955, le Pr. LEVRAT note que l'actinomycine a été bien tolérée, mais qu'on perçoit dans la F.I.D. une masse indurée sûrement néoplasique dont il est difficile de dire si elle est intestinale ou ganglionnaire. La malade sort le 12-3-1955.

La malade est hospitalisée une troisième fois le 23-3-1955. Cliniquement, le diagnostic de sub-occlusion ne fait aucun doute, et l'examen révèle, outre un météorisme abdominal, la présence d'ascite en quantité modérée. L'examen hématologique révèle une anémie discrète à 3.850.000, sans leucocytose nette (10.000 globules blancs).

Une ponction évacuatrice d'ascite est pratiquée le 29-3-1955, Elle retire 3 l. 300 d'un liquide jaune-verdâtre, très trouble, à Rivalta positif, avec 60 % de lymphocytes et 40 % de polynucléaires.

Un hémogramme pratiqué le 12-4-1955 (soit 5 jours avant le décès), révèle 38.600 globules blancs avec une formule mononucléée (80 % de Grand Mononucléaire, 10 % de Moyen Mononucléaire, 2 Lymphocytes, 2 Plasmocytes et seulement 6 % de Polynucléaires neutrophiles).

Le 14-4-1955, on constate la désunion de l'ancienne plaie opératoire avec fistule haute du grêle. Par ailleurs, la malade présente un purpura généralisé qui s'explique par l'abaissement des plaquettes sanguines (54.000).

Elle est à nouveau hospitalisée dans le service du Pr. PEYCELON où elle meurt le 17-4-1955.

La vérification montre un péritoine rempli de matières fécales avec ascite abondante, masse néoplasique mésentérique et rétro-gastrique. La rate et le foie ont un aspect normal. Prélèvements. L'histo-pathologie confirme que le parenchyme hépatique n'est pas envahi, par contre la rate est infiltrée par de petites cellules sarcomateuses que l'on ne retrouve pas dans le fragment de tumeur abdominale (Dr. BRETTE).

OBSERVATION N° 5 (Inédite)

M. Val., René, âgé de 22 ans, est hospitalisé dans le service du Pr. LEVRAT le 17-8-1955, pour syndrome douloureux épigastrique.

1° Dans ses antécédents on note une pleurésie gauche en 1952, ayant entraîné un séjour de un an en préventorium ; un éthyisme important depuis un an et demi. Par ailleurs un frère du malade est porteur d'ulcère gastro-duodénal.

2° L'histoire actuelle semble avoir débuté un an auparavant, par des douleurs épigastriques post-prandiales précoces peu influencées par l'alimentation, mais accompagnées d'amaigrissement progressif. Il y a 3 semaines, syndrome d'embarras gastrique à la suite d'intoxication alimentaire vraisemblable et excès éthylique.

3° L'examen clinique est négatif, excepté la constatation d'un gros foie.

4° Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants :

— Hémogramme : Globules rouges : 3.820.000 ; Globules blancs : 6.200 ; Hémoglobine : 74 % ; V. G. : 0,96 ; Polynucléaires neutrophiles : 78 ; Eosinophiles : 1 ; Moyen Mononucléaire : 8 ; Grand Mononucléaire : 3 ; Lymphocytes : 10.

Urée : 0,57.

5° Les radiographies vésiculaires et gastro-duodénales sont strictement négatives et le malade quitte le service le 25-8-1955.

Le 26-8-1955, vers 8 heures du matin, douleurs en coup de poignard de siège péri-ombilical, sans vomissements, mais avec arrêt des matières et des gaz. Le malade est vu par son médecin traitant le soir vers 19 heures. Celui-ci constate une contracture abdominale généralisée, et envoie le malade d'urgence au service de garde.

L'intervention est pratiquée le soir même par le Dr. MARET. A. G. Intubation.

— Laparotomie médiane sus-ombilicale : grande quantité de liquide et fausses membranes ; pas d'ulcère perforé, vésicule normale, on se rend compte que le pus vient de l'étage sous-mésocolique.

— Incision de Mac BURNEY : appendice normal, laissé en place, sigmoïde normal, pas de diverticule de Meckel ; on met en place par l'incision un drain pelvien.

— On repasse par la médiane sus-ombilicale qui n'avait pas été fermée pour vérifier le grêle et le colon descendant. On découvre une énorme tumeur bourgeonnante de la dimension d'un pamplemousse, par endroits sphacélique, et qui présente en un point une petite perforation. Cette tumeur siège sur la première anse jéjunale, à 5 cm. de l'angle duodéno-jéjunal qui est normal. Tout le mésentère présente des ganglions, mais il n'y a pas d'autre cancer sur l'intestin en aval. On recouvre la perforation avec de l'épiploon. Gastro-jéjunostomie trans-mésocolique au Jaboulay, immédiatement en aval de la tumeur.

L'examen histo-pathologique révèle un sarcome fibro-blastique du grêle : vastes plages homogènes avec cellules toutes semblables, quelques lobulations fibreuses.

Le malade est hospitalisé une deuxième fois chez le Pr. LEVRAT le 9-9-1955. Les suites opératoires ont été simples.

L'examen hématologique du 19-9-1955 montre : Globules rouges : 3.740.000 ; Globules blancs : 5.600 ; Hémoglobine : 77 % ; V. G. : 1,02 ; Polynucléaires neutrophiles : 67 ; Eosinophiles : 2 ; Basophiles : 1 ; Moyen Mononucléaire : 2 ; Grand Mononucléaire : 4 ; Lymphocytes : 24.

On entreprend une série de 25 mgr. de Caryolysine et de la radiothérapie. Le malade sort le 10-11-1955.

Durant l'année 1956, le malade est revu régulièrement, soit en consultation, soit lors de courtes hospitalisations. En mars 1956, il ne présente aucun trouble fonctionnel, mais l'examen découvre une grosse adénopathie iliaque droite, qui fait décider un nouveau traitement radiothérapique. En juillet 1956, un hémogramme objective la disparition complète de l'anémie. En septembre 1956, l'adénopathie iliaque a entièrement disparu, mais on note une anorexie et un amaigrissement progressif.

En février 1957, on constate l'apparition d'une masse épigastrique fixée en profondeur et qui fait reprendre un nouveau traitement radiothérapique. Le 18-3-1957 la masse épigastrique a entièrement disparu et l'examen hématologique ne découvre pas d'anémie.

Le 8-4-1957, on constate l'apparition d'une masse épigastrique fixée en profondeur et qui fait reprendre un nouveau traitement radiothérapique. Le 18-3-1957, la masse épigastrique a entièrement disparu et l'examen hématologique ne découvre pas d'anémie.

Le 8-4-1957, le malade est à nouveau hospitalisé. L'examen décèle une volumineuse hépatomégalie et des nodosités costales. Un traitement à base d'A.C.T.H. puis de corticothérapie per os et de Caryolysine est entrepris, et entraîne une amélioration certaine malgré la persistance de l'amaigrissement.

Le malade quitte le service le 23-5-1957, mais est à nouveau hospitalisé en juillet 1957, puis une dernière fois en août 1957, où l'on note une ascite d'importance modérée avec circulation collatérale. La ponction évacue 7 litres et la palpation permet alors de sentir un énorme foie et une masse grosse comme un poing dans la fosse iliaque gauche.

Un hémogramme pratiqué donne les chiffres suivants : Globules rouges : 3.890.000 ; Globules blancs : 10.900, Hémoglobine : 69 % ; V. G. : 0,89 ; Polynucléaires neutrophiles : 93 % ; Moyen mononu-



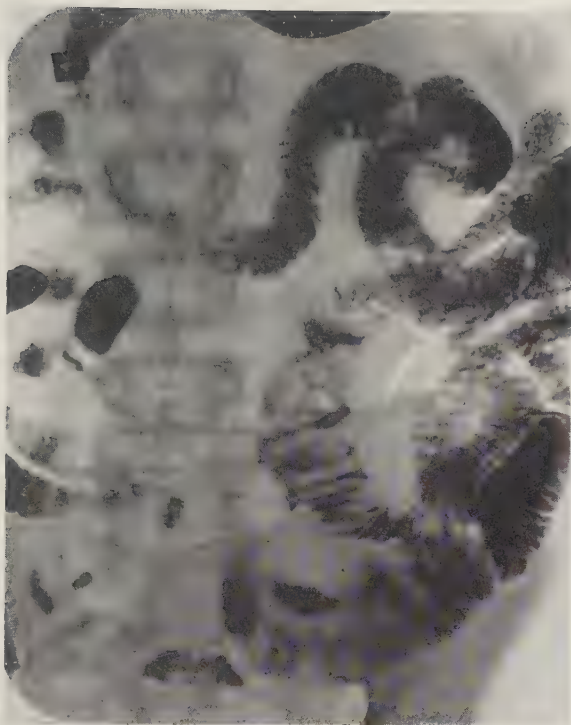
OBSERVATION N° 2.

Sarcome du jéjunum. — Immédiatement en aval de l'angle duodéno-jéjunal, on distingue une anse rigidifiée de calibre élargi, à contours irréguliers, avec disparition du relief muqueux et stagnation de la baryte. Il n'y a aucun signe de sténose, mais il semble que l'on se trouve en présence de deux anses accolées en canon de fusil que la compression ou les variations d'incidence n'ont pu dissocier. A noter que le plissement muqueux normal du grêle est très nettement visible en amont et en aval de la lésion sarcomateuse.



OBSERVATION N° 6.

Sarcome de l'angle duodéno-jéjunal ayant envahi la 4^e portion du duodénum et la 1^{re} anse jéjunale. L'aspect rigidifié de l'anse, la perte du plissement muqueux, l'absence de sténose, permettent de considérer comme très probable la nature sarcomateuse de la lésion.



OBSERVATION N° 8.

Sarcome jéjunal à double localisation séparée par 25 cm. d'intestin normal. La localisation aval est seule bien visible sur le cliché et réalise typiquement l'image en « flaque » à contours irréguliers : disparition du relief muqueux, calibre non modifié, caractère localisé et non homogène de l'opacité. On distingue très nettement en amont et en aval de la lésion le plissement muqueux normal des anses saines.

cléaire : 2 % ; Grand Mononucléaire : 3,2 % ; Lymphocytes : 1,5 %.

Le malade meurt le 24-9-1957 dans la cachexie, sous perfusion d'A.C.T.H.

OBSERVATION N° 6 (Inédite)

M. Bel... Mohamed, 20 ans.

Hospitalisé dans le service du Professeur LEVRAT le 28-11-1955 pour épisode syncopal.

1° On ne relève chez ce malade aucun antécédent pathologique.

2° L'histoire actuelle semble avoir débuté 15 jours auparavant, par un syndrome douloureux épigastrique post-prandial sémitardif, qui aurait été accompagné de méléna et de sensations vertigineuses ; depuis la même date, une constipation opiniâtre a fait son apparition.

3° L'examen clinique révèle à gauche de la ligne médiane une masse abdominale assez profondément située, un peu allongée et battante.

4° Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants :

Hémogramme : Globules rouges : 4.050.000 ; Globules blancs : 6.600 ; Hémoglobine : 77 % ; V. G. : 0,95 ; Polynucléaires neutrophiles : 68 ; Eosinophiles : 4 ; Lymphocytes : 3 ; Moyen Mononucléaire : 17 ; Grand Mononucléaire : 8.

— Protéines totales : 63 gr. pour mille. Sérine : 44, Globuline : 21,5 ; S/G : 1,9.

— La sérologie est négative, il n'a pas été pratiqué de Weber dans les selles.

5° La radiographie gastro-duodénale met en évidence un refoulement considérable vers la droite de tout le corps de l'estomac, et au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et du premier segment jéjunal, image canaliculaire, rigide, et de calibre constant, permettant d'envisager comme extrêmement probable le diagnostic de sarcome du grêle (anse ayant perdu tout relief muqueux, mais sans signe appréciable de sténose).

6° Une laparotomie exploratrice est conseillée, mais le malade refuse catégoriquement le traitement chirurgical. On commence en conséquence un traitement radiothérapique. Le malade quitte le service le 22-1-1956.

Le malade est hospitalisé une deuxième fois le 20-2-1956.

Il a passé 18 jours chez lui en bonne santé, et a même repris son travail le 13-2-1956. Peu de temps après réapparaissent les douleurs abdominales, associées à des vomissements, et à une baisse rapide de l'état général ; il n'y a pas de troubles du transit, pas d'hémorragies intestinales.

Le 20-2-1956, épisode syncopal, motivant l'hospitalisation. A noter depuis une huitaine de jours, l'apparition de pollakiurie, de brûlures à la miction.

L'examen clinique objective toujours la tumeur abdominale. La séméiologie est donc celle d'une sténose du grêle.

Les examens de laboratoire donnent à ce moment les résultats suivants :

— L'hémogramme : Globules rouges : 4.030.000 ; Globules blancs : 6.400 ; Hémoglobine : 77 % ; V. G. : 0,95 ; Polynucléaires neutrophiles : 75 ; Eosinophiles : 1 ; Basophiles : 2 ; Lymphocytes : 3 ; Moyen Mononucléaire : 13 ; Grand Mononucléaire : 6.

— Protéines totales : 77 ; Sérine : 48 ; Globuline : 29 ; S/G : 1,65.

Le 28-2-1956, le Dr. R. BRETTE note qu'il y a eu extension très rapide du processus malgré la radiothérapie, et prescrit la Caryo-lysine.

En mars 1956, malgré le traitement par les ypérites azotées, on note l'apparition de nombreuses masses abdominales très dures, s'étendant jusqu'à la région sus-pubienne. L'exitus survient le 27-3-1956 au milieu d'un tableau cachectique, avec azotémie à 2 gr. 95.

La vérification n'a, bien entendu, pas été possible.

OBSERVATION N° 7 (Inédite)

M. Kam... Marc, 44 ans.

Ce malade est hospitalisé le 21-1-1958, adressé par le Pr. LEVRAT.

1° Dans ses antécédents, on relève une intervention en 1948, pour occlusion due à un fibrome-sarcome du grêle ; une résection a été pratiquée.

2° L'histoire actuelle semble remonter au mois de juillet 1957 : le malade qui était bien portant jusque-là, ressent une gêne abdominale imprécise avec quelques épisodes diarrhéiques et une baisse de son état général.

3° L'examen clinique semble révéler une masse sous-costale gauche.

4° Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants :

— Hémogramme : Globules rouges : 4.650.000 ; Globules blancs : 6.900 ; Hémoglobine : 90 % ; V. G. : 0,97 ; Polynucléaires neutrophiles : 63 ; Eosinophiles : 4 ; Basophiles : 1 ; Lymphocytes : 20 ; Moyen Mononucléaire : 4 ; Grand Mononucléaire : 8.

Weber n° 1 : + ; Weber n° 2 : 0.

— Prothrombine : 88 % ; Urée : 0,53 ; Cholestérol : 2,85.

5° Différents examens radiologiques ont été pratiqués :

— Des radiographies gastriques montrent un estomac paraissant refoulé par une masse de la région splénique.

— L'urographie intra-veineuse montre une déformation du bassinot avec abaissement du rein paraissant lié à une compression.

— La radiographie du cadre colique révèle un angle gauche normal.

Le diagnostic le plus probable reste celui de tumeur splénique au para-splénique, récidive du fibro-sarcome réséqué en 1948. L'indication chirurgicale est formelle.

6° Le malade est opéré en clinique par le Pr. PEYCELON le 6-2-1958 : néo secondaire du foie qui est bourré de noyaux. La lésion est certainement en relation avec le sarcome intestinal réséqué il y a 10 ans. La laparotomie reste exploratrice, on pratique une biopsie du parenchyme hépatique.

7° L'examen histologique du fragment hépatique a été pratiqué par le Pr. NOEL : « on ne voit plus de traces de parenchyme hépatique, toute la pièce est envahie par des plages de cellules fusiformes, disposées en faisceaux parallèles ou perpendiculaires les uns aux autres. Les mitoses sont nombreuses ; il peut s'agir soit d'un schwannome malin, soit d'un sarcome fuso-cellulaire. De toute façon, métastase de tumeur histologiquement maligne ».

Par la suite, le malade est revu à différentes reprises au cabinet du Pr. LEVRAT.

Le 22-5-1958, celui-ci note la reprise des douleurs abdominales, sans troubles digestifs, léger amaigrissement de 2 kilos. L'examen révèle une induration de toute la région sus-ombilicale. La radioscopie montre un diaphragme droit surélevé et peu mobile. On prescrit la corticothérapie.

Le 16-6-1958, le Pr. LEVRAT note une amélioration momentanée importante sous l'effet des corticoïdes.

Le 16-7-1958, l'état du malade est stationnaire, il se plaint d'un certain ballonnement post-prandial, mais ne souffre plus et a repris son poids normal. L'examen révèle toujours l'induration persistante de la région sus-ombilicale. La corticothérapie est continuée.

Le 7-11-1958, pas de modification notable dans l'état du malade.

Le 25-4-1959, soit 14 mois après l'intervention ayant révélé la présence de métastases hépatiques, le malade est toujours en vie.

OBSERVATION N° 8 (Inédite)

M. Sey... Bertille, 66 ans.

Adressé dans le service du Pr. LEVRAT le 26-8-1959 par le Dr. DELAYE pour température inexplicquée et amaigrissement.

1° Dans ses antécédents on ne relève qu'un syndrome angineux ayant débuté en 1949 et s'accompagnant de modifications électriques. Les crises sont relativement peu rapprochées et cèdent toujours très bien à la Trinitrine.

2° L'histoire actuelle semble avoir débuté le 24 juin par une élévation thermique progressive avec frissons et troubles de l'état général. De juin à août, cette température va évoluer sur le mode oscillant ; elle cède aux antibiotiques et notamment à la Pénicilline, mais réapparaît dès leur interruption. Elle est relativement bien supportée, s'accompagnant seulement d'une éruption thoracique papuleuse (rôle possible de la Pénicilline), de sueurs, et de quelques signes fonctionnels pulmonaires : toux et expectoration banale. Il

n'y a pas de syndrome douloureux abdominal, pas de vomissements, pas d'hémorragie, pas de troubles du transit, pas de signes urinaires.

3° L'examen clinique est entièrement négatif, mise à part la perception d'une masse para-ombilicale gauche assez mobile, du volume d'un petit poing.

4° Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants:

— Sédimentation sanguine : 56 %.

— Hémogramme : Globules rouges : 3.460.000 ; Globules blancs : 5.000 ; Hémoglobine : 62 % ; V.G. : 0,89 ; Polynucléaires neutrophiles : 80,5 % ; Eosinophiles : 1 % ; Lymphocytes : 4 % ; Moyen Mononucléaire : 6,5 % ; Grand Mononucléaire : 8 %.

— Clavier hépatique : Prothrombine : 82 % ; Bilirubine directe : 0 ; Bilirubine totale : 1 ; Mac Lagan : 2,1 ; Hanger : 0 ; Rouge colloïdal : 0 ; Protéines totales : 55 pour mille ; Sérine : 29 ; Globuline : 26 ; S/G. : 1,12.

— Urée : 0,53 ; Sérologie négative.

- Première hémoculture stérile ; deuxième hémoculture : aérobie staphylocoque blanc, anaérobie stérile.

- Séro-diagnostic typhique et para-typhique négatif ; séro-diagnostic mélitococcique positif : 1/100.

Réaction de Paul et Bunnell négative.

- Weber n° 1 : ++ ; Weber n° 2 : 0 ; Weber n° 3 : 0.

5° Les examens radiologiques :

— Les radiographies du cadre colique et de l'estomac sont normales.

— Un premier transit du grêle ne permet de déceler aucune lésion évidente, mais sur un second transit pratiqué quelques jours plus tard, on met en évidence une zone suspecte au niveau des premières anses jéjunales, avec perte du relief muqueux, sur une hauteur de 3 à 4 cm., sans dilatation des anses sus-jacentes.

Le diagnostic de néoplasme abdominal infecté ou à la rigueur de kyste suppuré du mésentère est le seul plausible, sans qu'on puisse donner davantage de précisions. L'indication chirurgicale est formelle.

Dans la nuit du 7-9-1959 au 8-9-1959, le malade présente 7 à 8 selles diarrhéiques accompagnées de vives douleurs abdominales. Le lendemain matin, l'examen clinique ne révèle pas de contracture, mais objective la disparition de la masse para-ombilicale gauche, ce qui ferait pencher le diagnostic du côté de l'abcès plutôt que du néoplasme. Le 8-9-1959, le malade passe dans le service du Dr. MICHAUD.

6° L'intervention est pratiquée le 9-9-1959 par le Dr. VIARD. Laparotomie trans-rectale gauche sur la tumeur que l'on a pu percevoir une fois le malade endormi. Il existe un peu de liquide séro-purulent dans le Douglas ; la tumeur sur laquelle on a incisé est constituée par un foyer inflammatoire qui agglutine 2 anses grêles et le mésentère. La libération de ce foyer ouvre largement l'anse correspondante qui est hypertrophiée et succulente. Il existe exactement la même lésion à 5 cm. de l'angle duodéno-jéjunal, dont la libération ouvre aussi un segment de grêle nettement patholo-

gique. L'exploration de la totalité de l'abdomen (colon, vésicule, estomac, grêle restant) est négative. Il nous est impossible de faire un diagnostic précis sur la nature des lésions trouvées sur le grêle, mais à priori elles sont certainement plus inflammatoires que néoplasiques. Ces deux lésions se trouvent distantes de 25 cm., on les emporte donc toutes les deux dans la même résection, et l'on rétablit la continuité par une anastomose bout à bout en deux plans, qui se trouve en haut au ras de l'angle duodéno-jéjunal. Les deux zones cruentées mésentériques sont masquées par le grand épiploon, on laisse des antibiotiques dans la cavité péritonéale qui est refermée en 2 plans sans drainage. La sonde de LÉVINE est guidée dans le duodénum.

L'examen de la pièce opératoire a été pratiqué par le Pr. LEVRAT. Il révèle deux lésions très nettement localisées sur le jéjunum, séparées par 20 cm. environ d'intestin parfaitement sain. Il y a un épaississement modéré de la paroi intestinale avec un sphacèle complet de la muqueuse. Les deux lésions sont identiques, celle d'amont un peu moins étendue, et s'étalent sur une hauteur de 4 à 5 cm. Outre les déchirures liées au traumatisme opératoire, il semble que la lésion sous-jacente soit perforée en son centre. A la coupe, la paroi intestinale est épaissie et un peu lardacée, il est impossible de préciser s'il s'agit d'une lésion inflammatoire ou néoplasique infectée. Cependant, en un point, l'épaississement est beaucoup plus important et presque sûrement d'origine néoplasique. Les constatations opératoires sont en faveur d'un abcès péri-néoplasique évacué spontanément dans le grêle la veille de l'intervention.

7° L'examen histopathologique a été pratiqué par le Pr. GUICHARD : « Sarcome lymphoblastique du grêle. Sous une muqueuse parfaitement conservée, mais ulcérée, infiltrations diffuses par des éléments lymphocytaires et surtout lymphoblastiques, volumineux, à noyaux clairs nucléolés ; la disposition est monotone et uniforme ; nombreuses mitoses ; par places, nécrose volumineuse à disposition périthéliale. Sur un second fragment, la disposition est la même ; tout à côté, nécrose massive de la paroi intestinale, sans éléments reconnaissables autres que la disposition topographique du muscle ».

8° Les suites opératoires ont été simples, mais le 25-9-1959, apparition brutale d'une température à 39°3, avec douleurs thoraciques intenses, dyspnée et choc. La mort survient 18 jours après l'intervention, au milieu d'un tableau clinique simulant l'infarctus myocardique.

Auteurs	Sexe	Age	Evolution clinique avant hospitalisation	Symptômes dominants	Diagnostic clinique	Siège, nature, extension du sarcome	Traitement	Résultats
1 Brocq 1955	M	49	2 mois	Tumeur abdominale. Douleurs F.I.D.		Réticulosarcome iléal.	Réséction.	Métastases viscérale et péritonéale 1 an + tard.
2 Brocq 1955	M	70	1 mois	Douleurs hypogastriques. Contracture.	Hernie inguinale étranglée.	Sarcome perforé du grêle.	Réséction.	Décès 3 jours après intervention.
3 Brocq 1955	M	52	7 mois	Douleurs hypogastriques. Mœlène.	Cancer du colon droit.	Lymphosarcome sténosant iléal.	Réséction.	Décès 5 ans après. Cause inconnue.
4 Brocq 1955	M	65	1 an	Douleurs épigastriques. Mœlène. Contracture.	Ulçère perforé.	Sarcome perforé de l'angle duodéno-jéjunal. Métastases mésentériques.	Intervention palliative.	Décès suites immédiates.
5 Brocq 1955	M	24	1 mois	Douleurs. Vomissements. Diarrhée. Constipation. Tumeur hypogastrique.		Sarcome jéjunal. Métastases mésentériques.	Réséction.	Suites immédiates simples. Pas de nouvelles.
6 Brocq 1955	M	58	1 jour	Douleurs* F.I.D. Vomissements. Contracture. Température.	Péritonite appendiculaire.	Réticulosarcome iléal.	Réséction.	Suites immédiates simples. Pas de nouvelles.
7 LEVRAT 1952	F	59	10 mois	Douleurs. Vomissements. Diarrhée.	Sténose jéjunale par bride ou tumeur.	Lymphosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Décès 2 mois après : Tableau de perforation.

8	LEVYAT 1952	M	49	2 mois	Douleurs, Amaigrissement, Tumeur abdominale, Adénopathie cervicale axillaire médiastinale.	Sarcome jéjunal.	Biopsie d'un nodule cutané. Liposarcome.	Radiothérapie.	Décès 1 mois + tard : Tableau de perforation.
9	PEYCELON LEVYAT 1954	M	52	Quques mois	Douleurs épigastriques. Méléna.	Tumeur de l'angle duodéno-jéjunal.	Sarcome de l'angle duodéno-jéjunal. Ganglions rétro-péritonéaux.	Traitement palliatif.	Exitus probable.
10	WEISS 1956	M	56	6 ans	Douleurs périombilicales. Occlusion.	Occlusion du grêle.	Lymphosarcome sténosant iléal.	Réséction.	Décès 8 mois + tard dans le cachexie.
11	WEISS 1956	M	57	Quques sem.	Amaigrissement. Occlusion.	Occlusion du grêle.	Lymphosarcome iléal. Invagination. Ganglions mésentériques.	Réséction.	Suites troubles. Exitus.
12	PATTERSON 1958	F	43	1 an	Douleurs. Occlusion. Tumeur abdominale. Méléna.	Tumeur du grêle.	Lymphosarcome jéjunal. Métastases locales et à distance.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 8 ans + tard par généralisation.
13	PATTERSON 1958	F	30	3 mois	Température isolée.		Lymphosarcome jéjunal perforé. Métastases mésentériques.	Suture.	Décès 2 jours + tard : Tableau de péritonite.
14	PATTERSON 1958	M	39	6 sem.	Douleurs. Vomissements. Balisse état général. Méléna.	Tumeur du grêle.	Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Bonne santé 15 ans après.
15	PATTERSON 1958	M	35	6 mois	Douleurs. Balisse état général.		Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 7 ans + tard Cause indéterminée.
16	PATTERSON 1958	M	60	3 mois	Douleurs. Occlusion.	Tumeur du grêle.	Lymphosarcome iléal. Métastases locales et à distance.	Réséction.	Décès 5 ans + tard Cause indéterminée.
17	PATTERSON 1958	M	24	1 mois	Douleurs épigastriques. Masse abdominale. Occlusion.	Tumeur du grêle.	Lymphosarcome iléal avec invagination.	Réséction.	Bonne santé 1 an après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
18 PATTERSON 1958	M	34	5 ans	Mœlène à répétition.		Léio-myosarcome iléal.	Réséction.	Bonne santé 8 ans après.
19 PATTERSON 1958	F	49	2 ans 1/2	Mœlène à répétition.		Fibrosarcome iléal.	Réséction.	Vivant 8 ans après.
20 HILLEMAND 1955	F	56	3 mois	Douleurs épigastriques. Amaigrissement.	Sarcome de l'angle de TREITZ.	Lymphosarcome de l'angle de TREITZ. Métastases mésentériques.	Laparotomie. Biopsie. Radiothérapie.	Décès 1 an après.
21 HILLEMAND 1957	M	30	5 mois	Douleurs. Amaigrissement. Constipation. Diarrhée.	Lymphosarcome du grêle.	Lymphosarcome à localisations iléale et jéjunale. Métastases mésentériques.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 1 mois 1/2 après. Autopsie : estomac et myocarde envahis.
22 HILLEMAND 1955	F	65	3 mois	Douleurs. Amaigrissement. Tumeur sus-ombilicale gauche.	Suppuration d'origine inconnue.	Lymphosarcomatose entéro-mésentérique.	Type d'intervention non précisée.	Pas de nouvelles.
23 HILLEMAND 1955	F	55	2 ans	Douleurs épigastriques. Vomissements.	Sarcome de l'angle de TREITZ.	Lymphosarcome de l'angle de TREITZ. Adénopathie mésentérique.	Laparotomie. Radiothérapie.	Vivante 1 an 1/2 après.
24 HILLEMAND 1955	M	23	Plusieurs mois	Douleurs. Vomissements. Tumeur hypocondre gauche.	Tumeur de l'angle de TREITZ.	Lymphosarcome de l'angle de TREITZ infiltrant la racine du mésentère.	Réséction.	Décès 3 mois après.

25	FAYRE-GILLY 1958	M	62	6 mois	Dyspnée. Amaigrissement. Mœléna.	Tumeur iléale.	Léio-mysarcome iléal.	Réséction.	Décès 16 mois après par métastases péritonéales.
26	BONNIOT 1954	M	57	3 mois	Douleurs épigastriques. Amaigrissement.	Tumeur du grêle.	Réticulosarcome jéjunal. Triple localisation. Métastases mésentériques.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 1 an après.
27	AMAMM 1951	F	17	Quques sem.	Baisse état général. Tumeur abdominale gauche.		Fibrosarcome jéjunal. Adénopathie juxta-aortique.	Réséction.	Bonne santé 8 mois après.
28	VINCENT 1950	M	42	Plusieurs années	Douleurs épigastriques. Amaigrissement. Hématémèse. Mœléna.	Ulcère du bulbe.	Lymphosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 1 an après.
29	PENNINO 1957	M	7 mois	2 sem.	Tumeur sus-ombilicale gauche. Occlusion.	Tumeur jéjunale.	Léio-mysarcome jéjunal avec invagination. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 9 mois après.
30	MERLE 1957	M	34	1 mois	Douleurs de l'hypochondre droit. Température. Contraction.	Péritonite par perforation.	Réticulosarcome de la totalité du grêle. Perforation médiane. Métastases mésentériques.	Suture. Drainage.	Décès 11 jours après.
31	BOULVIN 1958	M	50	Plusieurs mois	Baisse état général. Température. Tumeur ombilicale.	Kyste hydatique infecté du mésentère.	Lymphosarcome diffus du grêle. Métastases mésentériques et aortique.	Réséction du grêle. La métastase préaortique est laissée en place.	Décès 1 jour + tard.
32	BOULVIN 1958	M	30	3 mois	Douleurs F.I.D. Température.	Ulcère du bulbe.	Lymphosarcome iléal. Adénopathies mésentériques.	Réséction.	Bonne santé 1 an après.

<i>Auteurs</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>		<i>Age</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
	<i>M</i>	<i>F</i>						
33 BOULVIN 1958	M	25	2 mois	Douleurs ombilicales. Vomissements. Tumeur ombilicale.	Sarcome jéjunale.	Lymphosarcome de l'angle de TREITZ. Métastases mésentériques.	Intervention palliative. Radiothérapie.	Suites immédiates simples. Pas de nouvelles.
34 GILETTE 1956	F	29		Tumeur de la F.I.D.	Tumeur ovarienne.	Fibrosarcome iléal. Pas de métastase.	Réséction.	Récidive 2 ans + tard avec métastases sur le ligament large et l'ovaire droit. Décès.
35 GILETTE 1956	F	30	Plusieurs mois	Douleurs. Tumeur de la F.I.G.	Tumeur ovarienne.	Lymphosarcome iléal. Métastases mésentériques.	Réséction.	2 ans après : douleurs abdominales : refuse hospitalisation et radiographies.
36 In thèse LEVY 1958	F	63	2 ans	Douleurs. Occlusion. Tumeur F.I.D. Mœlène.	Tumeur cœcale.	Lymphosarcome iléal. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 4 ans après.
37 In thèse LEVY 1958	M	54	8 mois	Diarrhée. Constipation. Amaigrissement. Anémie. Contracture.	Ulcère perforé.	Lymphosarcome jéjunale perforé : double localisation. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction. Moutarde azotée.	Décès 3 mois après.
38 RASZKOWSKI 1957	M	40	1 an	Douleurs. Température. Tumeur hypochondre gauche. Mœlène.	Sarcome du grêle.	Léio-myosarcome jéjunale. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Décès 8 mois après : métastases généralisées.
39 RASZKOWSKI 1957	M	38	3 mois	Diarrhée. Constipation. Tumeur F.I.G. Contracture.	Tumeur intestinale.	Léio-myosarcome jéjunale perforé. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé. Pas de recul.

40	RASZKOWSKI 1957	M	64	30 ans	Douleurs, Tumeur hypocondre gauche.	Tumeur jéju- nale.	Léio-myosarcome jéju- nal. Pas d'adénopa- thie mésentérique.	Réséction.	Un an après : baisse état général : pas de récédive ni de métastase.
41	In Thèse BALDACCII 1957	M	52	2 mois	Amalgissement. Diarrhée, Tempéra- ture, Anémie.		Lymphosarcomatose diffuse du grêle. Adé- nopathie mésenté- rique.	Pas d'intér- vention.	Décès. Diagnostic à l'autopsie.
42	BUFFARD 1952	F	65	1 an	Douleurs, Amaigris- sment, Diarrhée, Anémie.	Sarcome du grêle.	Lymphosarcome iléal. Adénopathie mésenté- rique.	Laparotomie, Radiothérapie.	Pas de nouvelles.
43	COURTY 1954	M	78	2 ans	Douleurs, Méléna. Température, Con- tracture.	Péritonite ap- pendiculaire.	Lymphosarcome iléal perforé.	Réséction.	Bonne santé quel- ques semaines après.
44	MOUCHET 1947	M	62	10 jours	Douleurs, Occlusion.	Occlusion de nature indé- terminée.	Lymphosarcome iléal sténosant.	Réséction.	Suites simples. Pas de nouvelles.
45	MOUCHET 1947	F	69	Plusieurs mois	Amalgissement. Douleurs, Occlusion.	Occlusion ap- pendiculaire.	Lymphosarcome iléal. Adénopathie mésenté- rique.	Réséction.	Suites simples. Pas de nouvelles.
46	CHABRUT 1955	F	18	1 jour	Douleurs F.I.D.	Appendicite aiguë.	Lymphosarcome iléal. Pas d'adénopathie mé- sentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 6 ans après.
47	BLOCH-LAINÉ 1955	M	38	1 an	Douleurs épigastri- ques. Température. Anémie.		Sarcome jéjunal.	Réséction. Radiothérapie.	Pas de nouvelles.
48	STRIS 1949	F	45	1 an 1/2	Amalgissement. Douleurs, Vomisse- ments, Méléna.	Tumeur iléale.	Sarcome iléal avec invagination. Adéno- pathie mésentérique.	Réséction.	Décès 4 mois après : métastases céré- brales et cutanées.
49	STRIS 1949	M	61	1 an	Douleurs épigastri- ques, Amaigrisse- ment. Tumeur F.I.D. Méléna.	Tumeur extrin- sèque fistuli- sée dans le grêle.	Léio-myosarcome iléal : extension sigmoï- dienne et péritonéale.	Réséction.	Décès 14 mois après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>		<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
		<i>Age</i>	<i>Evolution</i>					
50 DARMANIN 1950	M	40	Plusieurs années	Douleurs épigastriques. Vomissements.		Lymphosarcome jéjunal sténosant. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	En bonne santé.
51 GAMBLE 1954	F	69	4 jours	Douleurs. Vomissements. Amaigrissement. Température. Mœléna.		Fibrosarcome iléal.	Hémi-colectomie droite.	Décès 7 mois après : métastases généralisées.
52 GAMBLE 1954	M	74	Plusieurs mois	Douleurs hypogastriques. Diarrhée. Tumeur abdominale. Température.		Léio-mysosarcome jéjunal métastases pelviennes, péritonéales, hépatiques.	Intervention palliative.	Décès 6 jours après.
53 GAMBLE 1954	F	82	2 mois	Douleurs F.I.D. Amaigrissement. Tumeur F.I.D. Anémie.	Tumeur cœcale.	Léio-mysosarcome jéjunal envahissant mésentère et iléon distal.	Intervention palliative.	Décès 5 semaines après.
54 BERMAN 1945	F	18	6 mois	Douleurs. Diarrhée. Anémie. Tumeur para-ombilicale droite. Occlusion.	Occlusion intestinale.	Lymphosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 4 ans après.
55 DUNDON 1948	M	64	7 mois	Amaigrissement. Anorexie.	Sarcome jéjunal.	Lymphosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 20 mois après.
56 HERNANDO 1953	M	49	16 mois	Douleurs épigastriques.	Tumeur jéjunale.	Lymphosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 2 ans après.

57	CLOUET 1953	M	40	7 ans	Douleurs épigastriques, Amaigrissement, Anémie, Tumeur péri-ombilicale droite.	Néoplasme probable avec invagination.	Lymphosarcome iléal avec invagination. Adénopathie mésentérique.	Hémicolec-tomie droite élargie.	Pas de nouvelles.
58	CHUREAU 1948	M	47	1 jour	Douleurs et contraction abdominale.	Péritonite appendiculaire.	Lymphosarcome du grêle avec perforation. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Décès 5 jours après : collapsus cardiovasculaire.
59	JACQUEMET 1959	M	57	2 mois	Douleurs. Amaigrissement. Température. Tumeur abdominale.		Léio-myosarcome jéjunale. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	17 mois après, récidive : 2 ^e résection et radiothérapie. 19 mois après celle-ci, bonne santé.
60	WEST 1948	M	66	2 mois 1/2	Tumeur ulcérée des 2 pieds, Douleurs épigastriques. Vomissements.	Sarcome digestif.	Lymphosarcome jéjunale perforé. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	1 mois après : douleur abdominale aiguë ; 2 ^e intervention : nouvelle perforation jéjunale ; résection : Décès 2 jours après.
61	OBERTHUR 1954	M	4 1/2		Oclusion intestinale aiguë.		Sarcome du grêle avec adhérences sigmoïdiennes. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	1 mois après, occlusion : 2 ^e intervention : libération d'adhérences. Bonne santé 19 ans après.
62	WILDART 1951	M	8	1 mois	Douleurs, tumeur sous-ombilicale droite, Occlusion intestinale aiguë.	Tumeur du grêle.	Lymphosarcome iléal. Pas de métastase.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 2 ans après.
63	MOURQUAND 1951	M	4	10 jours	Constipation, Vomissements acétonémiques, Occlusion, Syndrome méningé.	Sténose duodénale sous-vatérienne.	Lymphosarcome jéjunale sténosant avec invagination. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 8 mois après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
64 BEZÈS 1958	F	25	4 jours	Occlusion intestinale aiguë. Douleurs.	Occlusion du grêle.	Lymphosarcome iléal avec invagination. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 4 mois après : métastases.
65 OGNI VIE 1955	F	19	1 mois	Douleurs. Vomissements. Tumeur abdominale basse.		Réticulosarcome iléal. Adénopathie mésentérique.	Type d'intervention non précisée.	Pas de nouvelles.
66 SMITH 1952	M	54	6 ans	Douleurs. Hémorragie intestinale massive à 2 reprises. Tumeur abdominale.		Léio-myosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 1 an et demi après.
67 HORSLEY 1955	M	69	18 mois	Baisse état général. Constipation. Mœléna. Tumeur hypocoindre gauche.		Léio-myosarcome jéjunal. Adhérénces au grêle et au sigmoïde.	Réséction.	Bonne santé 6 ans et demi après.
68 HORSLEY 1955	F	65	2 ans	Douleurs hypocoindre droit. Anémie.	Lithiase biliaire.	Léio-myosarcome jéjunal.	Réséction.	Pas de nouvelles.
69 GODART 1950	M	57	2 mois	Douleurs. Diarrhée. Température. Mœléna.	Subocclusion du grêle.	Lymphosarcome iléal avec métastases.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 6 semaines après.
70 ANSAY 1950	M	55	5 mois	Douleurs et constipation.	Péritonite cloisonnée.	Réticulosarcome iléal perforé avec métastase.	Drainage Biopsie	Décès 3 jours après.
71 DUMONT 1946	F	36	5 jours	Douleurs. Température. Occlusion.	Occlusion du grêle.	Léio-myosarcome iléal avec invagination.	Réséction.	Bonne santé 1 an après.

72	MARTIN J. F. 1955	M	55	4 ans	Douleurs, Vomissements, Amaigrissement, Anémie, Tumeur F.I.G.	Tumeur jéjunale.	Léio-myosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Pas de nouvelles.
73	MARTIN J. F. 1955	M	66	1 an	Douleurs, Mœlène, Tumeur F.I.G.	Léio-myosarcome jéjunal.	Léio-myosarcome jéjunal. Adénopathie mésentérique, Métastase hépatique.	Réséction.	Pas de nouvelles.
74	HILL 1953	M	76	3 jours	Douleurs, Vomissements, Subocclusion.		Léio-myosarcome du diverticule de Meckel.	Réséction.	Bonne santé 1 an après.
75	LOCKE 1953	M	73		Occlusion, Tumeur abdominale.		Lymphosarcome iléal avec métastases régionales.	Réséction, Radiothérapie.	Décès 20 mois après premiers symptômes.
76	LOCKE 1953	F	65	15 jours	Douleurs, Occlusion intestinale.		Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 15 heures après.
77	LOCKE 1953	M	50	6 sem.	Nausées, Constipation, Amaigrissement.		Léio-myosarcome iléal avec invagination, Métastases régionales.	Réséction.	Décès 3 mois après.
78	LOCKE 1953	M	46		Douleurs F.I.D, Frissons, Vomissements.		Léio-myosarcome iléal perforé.	Hémicolectomie droite.	Décès 10 jours après.
80	KOCAOGLU 1958	M	32	4 mois	Douleurs épigastriques, Vomissements, Amaigrissement, Tumeur hypocondre gauche.	Tumeur jéjunale.	Lymphosarcome jéjunal à double localisation. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction, Radiothérapie.	Pas de nouvelles.
79	KOCAOGLU 1958	F	7	6 mois	Douleurs, Tumeur abdominale.	Tumeur iléale.	Lymphosarcome iléal. Pas de métastase mésentérique.	Laparotomie, Biopsie.	Pas de nouvelles.
81	RUBSTEIN 1952	M	49	4 ans	Douleurs péri-ombilicales et mœlène.	Tumeur jéjunale.	Léio-myosarcome jéjunal.	Réséction.	Bonne santé 8 ans après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
82 RIPSTEIN 1952	F	45	2 ans	Douleurs, Mœlène, Température.	Kyste de l'ovaire.	Léio-myosarcome iléal. Pas de métastase.	Réséction.	Pas de nouvelles.
83 RIPSTEIN 1952	F	44	8 mois	Douleurs épigastriques, Mœlène.		Léio-myosarcome iléal.	Réséction.	Pas de nouvelles.
84 RIPSTEIN 1952	F	38	3 mois	Douleurs, Contraction F.I.D.	Perforation appendiculaire.	Léio-myosarcome iléal perforé.	Réséction.	Bonne santé 19 ans après.
85 RIPSTEIN 1952	M	65	7 ans	Hémorragies intestinales (mœlène).		Léio-myosarcome jéjunal. Pas de métastase.	Réséction.	Pas de nouvelles.
86 RUMBAUGH 1957	M	60	3 mois	Douleurs. Amaigrissement. Constipation. Dyspnée.		Léio-myosarcome du tractus digestif. Métastases cérébrales, hépatiques, péritoneales.		Décès. Diagnostic à l'autopsie.
87 RUMBAUGH 1957	M	61		Dyspnée. Pollakiurie.		Récidive d'un léio-myosarcome jéjunal ayant envahi le tractus digestif, le foie et le péritoine.		Décès. Diagnostic à l'autopsie.
88 JAMES 1952	F	46	17 ans	Mœlène à répétition.	Ulcère bulbaire.	Léio-myosarcome jéjunal. Adénopathie mé-sentérique.	Réséction.	Bonne santé 6 mois après.
89 IRVINE 1955	M	62	1 mois	Douleurs F.I.D. Amaigrissement		Réticulosarcome iléal perforé.	Drainage d'un abcès pelvien.	Fistulisation du grêle à la peau. Décès 3 semaines après.

90	IRVINE 1955	M	74	Plusieurs jours	Pollakiurie, Dysu- rie, Douleurs hypo- gastriques.	Réticulosarcome per- foré du grêle.		Décès, Diagnostic à l'autopsie.
91	IRVINE 1955	M	62	10 mois	Constipation, Vomis- sements, Amaigris- sement, Tempé- rature.	Réticulosarcome jéju- nal perforé. Métas- tases mésentériques et pulmonaires.		Décès, Diagnostic à l'autopsie.
92	IRVINE 1955	F	56	Plusieurs mois	Douleurs, Vomisse- ments, Tempéra- ture.	Lymphosarcome iléal perforé, Adénopathie mésentérique.	Drainage.	Décès 3 jours après.
93	IRVINE 1955	F	35	5 mois	Douleurs épigastri- ques, Amaigrisse- ment, Température. Tumeur péri-ombili- cale gauche.	Réticulosarcome iléal perforé.	Laparotomie. Biopsie. Radiothérapie.	Décès 7 mois après : métastases hépati- ques, spléniques et cutanées.
94	IRVINE 1955	M	64	6 mois	Douleurs épigastri- ques, Amaigrisse- ment.	Lymphosarcome jéju- nal perforé.	Suture.	Décès 4 jours après.
95	IRVINE 1955	M	31	5 jours	Douleurs, Diarrhée.	Réticulosarcome jéju- nal sténosant avec perforation, Métas- tases mésentériques et hépatiques.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 7 semaines après.
96	IRVINE 1955	M	31	1 mois	Douleurs F.I.D. Température.	Réticulosarcome jéju- nal perforé, Adénopa- thie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 5 ans après.
97	IRVINE 1955	M	71	2 jours	Douleurs hypogas- triques.	Lymphosarcome iléal perforé.	Réséction.	Décès 4 mois après, de pneumonie.
98	IRVINE 1955	F	70	8 mois	Douleurs, Vomisse- ments, Tempéra- ture, Tumeur abdominale gauche.	Réticulosarcome iléal perforé, Envahisse- ment mésentérique.	Réséction partielle.	Décès 5 jours après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
99 IRVINE 1955	F	52	Quelques jours	Douleurs, Contracture abdominale.		Réticulosarcome iléal perforé. Métastases ganglionnaires généralisées.	Suture.	Décès 1 mois après.
100 IRVINE 1955	M	52	Plusieurs années	Douleurs épigastriques, Amaigrissement.		Réticulosarcome iléal perforé. Abcès sous-phrénique.	Drainage.	Décès 2 semaines après. Autopsie : multiples lésions ulcératives sur iléon, jéjunum, estomac.
101 IRVINE 1955	M	74	1 an	Douleurs, Diarrhée. Constipation. Température. Contracture.		Réticulosarcome jéjunal perforé avec envahissement mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 6 semaines après.
102 FRASER 1945	F	61	4 mois	Douleurs, Diarrhée. Occlusion.		Réticulosarcome iléal sténosant. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Décès 10 jours après : Tableau de péritonite.
103 FRASER 1945	M	60	3 mois	Douleurs abdominales.	Cancer du sigmoïde.	Réticulosarcome iléal avec adhérences vésicales et sigmoïdiennes.	Réséction.	Décès 6 jours après.
104 FRASER 1945	M	65	1 sem.	Baisse état général. Douleurs. Vomissements. Température.		Réticulosarcome iléal et jéjunal (avec perforation). Métastases péritonéales.		Décès 2 jours après l'hospitalisation. Diagnostic à l'autopsie.
105 RECHNITZER 1953	M	43	1 an	Diarrhée. Amaigrissement. Douleurs. Crise tétanique.		Réticulosarcome iléal sténosant. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Décès 10 mois après. Métastases pulmonaires et hépatiques.

106	MARCUSE 1950	M	22	2 ans	Douleurs, Diarrhée, Tumeur abdominale,	Réticulosarcome iléal avec infiltration sig- moïdienne.	Laparotomie, Biopsie, Radiothérapie.	Décès 5 mois après.
107	MARCUSE 1950	M	6	4 jours	Douleurs abdomi- nales, Anorexie,	Lymphosarcome iléal avec invagination, Pas de métastases régionales.	Réséction, Radiothérapie.	Bonne santé 6 ans après.
108	MARCUSE 1950	M	13	20 jours	Douleurs abdomi- nales,	Réticulosarcome iléal avec invagination, Pas de métastases régionales.	Réséction, Radiothérapie.	Décès 2 mois 1/2 après.
109	MARCUSE 1950	M	53	10 mois	Douleurs, Vomisse- ments, Diarrhée,	Lymphosarcome jéju- nal, Adénopathies mé- senteriques.	Réséction, Radiothérapie.	Bonne santé 8 ans et 9 mois après.
110	MARCUSE 1950	M	56	3 mois	Douleurs, Amaigris- sement, Anémie, Tumeur abdominale,	Réticulosarcome jéju- nal, Adénopathie mé- senterique.	Laparotomie, Biopsie, Radiothérapie.	Décès 2 mois après.
111	MARCUSE 1950	M	52	18 mois	Douleurs, Vomisse- ments, Diarrhée, Tumeur abdominale,	Réticulosarcome iléal, Adénopathie mésenté- rique.	Réséction, Radiothérapie.	Décès 2 mois après.
112	MARCUSE 1950	M	65	18 mois	Douleurs, Amaigris- sement, Tumeur abdominale,	Réticulosarcome iléal, avec invagination, Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 4 ans après.
113	MARCUSE 1950	M	53	2 ans	Douleurs, Tumeur abdominale,	Réticulosarcome iléal, Pas d'adénopathie mé- senterique.	Réséction.	Bonne santé 14 ans et 4 mois après.
114	MARCUSE 1950	M	49	1 mois	Douleurs, Tumeur abdominale,	Réticulosarcome iléal Adénopathie mésenté- rique.	Réséction, Radiothérapie.	Bonne santé 3 ans après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
115 MARCUSE 1950	M	49	1 jour	Douleurs, Vomissements, Tumeur abdominale.		Réticulosarcome iléal avec invagination. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Bonne santé 20 mois après.
116 ROTH 1950	F	N.-né		Température. Occlusion intestinale.	Occlusion intestinale.	Léio-mysosarcome jéjunale.	Réséction.	Décès 6 jours après.
117 CATTAN 1959	F	25	10 mois	Mélena et hémorragie intestinale de sang rouge. Tumeur hypochondre droit.	Endométriome du grêle.	Léio-mysosarcome du grêle avec métastases cloison recto-vaginale. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Pas de nouvelles.
118 WHELLOCK 1950	M	47	6 mois	Douleurs F.I.D. Tumeur F.I.D.	Cancer du cœcum.	Lymphosarcome iléal avec invagination. Adénopathie mésentérique.	Colostomie iléo-transverse. Duodéno-jéjunostomie. Radiothérapie.	Bonne santé 13 mois après.
119 LEE STROHL 1951	F	70		Douleurs, Vomissements. Amaigrissement. Mélena.		Léio-mysosarcome iléal avec invagination.	Intervention de type non précisé.	Pas de nouvelles.
120 PEYCELON 1959	F	87		Occlusion du grêle.	Occlusion du grêle.	Réticulosarcome iléal sténosant. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 23 mois après.

121	PEYCELON 1959	F	64	5 ans	Douleurs. Empatement sus-pubien. Mœlène.		Réticulosarcome iléal perforé.	Réséction.	Etat actuel satisfaisant. (Pas de recul).
122	PEYCELON 1959	F	43	2 mois	Syndrome de KOENIG avec diarrhée et douleurs.	Subocclusion du grêle par bride.	Lymphosarcome sténosant du grêle. Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie. Actinomycine.	Un an après : tableau de sténose duodénale avec ascite.
123	PEYCELON 1959	M	62		Mœlène.	Tumeur iléale.	Léio-mysosarcome iléal.	Réséction.	Décès 14 mois après 1 ^{re} intervention. Bonne santé pendant 10 mois puis ascite hémorragique et décès. Bonne santé 7 mois après.
124	PEYCELON 1959	M	39	4 mois	Amalgissement. Tumeur hypogastrique.		Léio-mysosarcome du grêle à développement exo-intestinal.	Réséction.	Récidive 14 mois après : Tumeur F.I.D. Deuxième résection montrant des métastases hépatiques. Bonne santé 6 mois après.
125	VERHAEGHE 1957	M	50	4 ans	Mœlène à répétition.	Ulcère gastrique.	Fibrosarcome jéjunal. Pas d'envahissement mésentérique.	Réséction.	Décès 3 mois après.
126	VERHAEGHE 1957	F	47	Plusieurs semaines	Douleurs hypogastriques. Mœlène. Tumeur abdominale.	Tumeur ovarienne.	Lymphosarcome du grêle. Adénopathie mésentérique.	Laparotomie. Biopsie.	Bonne santé 2 ans après.
127	VERHAEGHE 1957	M	12	8 mois	Douleurs F.I.D. Vomissements. Amalgissement. Tumeur sus-ombilicale droite.	Kyste du mésentère.	Réticulosarcome iléal avec invagination.	Hémiectomie droite. Radiothérapie.	Décès 8 jours après.
128	VERHAEGHE 1957	M	60	2 mois	Tumeur épigastrique.		Lymphosarcome diffus du grêle et de l'estomac. Invagination iléo-iléale. Adénopathie mésentérique.	Laparotomie. Biopsie.	

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospitalisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
129 Mc. Comb 1957	F	51	Plusieurs années	Douleurs abdominales.		Léio-myosarcome iléal. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Pas de nouvelles.
130 Mc. Comb 1957	M	62	3 jours	Douleurs. Tumeur F.I.D.		Léio-myosarcome iléal. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Pas de nouvelles.
131 Mc. Comb 1957	M	49	Plusieurs années	Mœléna et hémorragie intestinale de sang rouge.		Léio-myosarcome iléal.	Réséction.	Pas de nouvelles.
132 In Thèse HAYSS 1956	M	57	2 mois	Douleurs. Tumeur péri-ombilicale gauche. Anémie.		Léio-myosarcome du grêle. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 1 an après.
133 LEVRAT (personnelle)	F	42	1 mois	Douleurs. Occlusion du grêle.	Sténose du grêle par bride.	Lymphosarcome iléal sténosant Adénopathie mésentérique.	Réséction. Radiothérapie. Actinomycine.	Fistulisation du grêle à la peau. Métastase splénique. Décès 14 mois après : tableau ascitique.
134 LEVRAT (personnelle)	M	20	15 jours	Douleurs épigastriques. Tumeur para-ombilicale gauche.	Sarcome jéjunal.	Sarcome jéjunal.	Radiothérapie. Moutarde azotée.	Décès 4 mois après.
135 LEVRAT (personnelle)	M	22	1 an	Douleurs épigastriques. Amaigrissement. Anémie. Contracture.		Fibrosarcome jéjunal perforé. Adénopathie mésentérique.	Gastro-jéjunostomie transmésocolique. Radiothérapie. A. C. T. H. Moutarde azotée.	Décès 2 ans après : ascite et hépatomégalie.

136	BOLLINGER 1953	M	46	3 mois	Douleurs, Vomissements.	Ulcère peptique.	Lymphosarcome jéjunal.	Réséction.	Bonne santé 2 ans après.
137	HARRINGTON TANOUS 1956	M	42	10 ans	Mœléna à répétition.	Ulcère duodénal.	Léio-myosarcome jéjunal. Pas de métastase.	Réséction.	Pas de nouvelles.
138	BRUCE 1959	M	44		Occlusion intestinale.		Sarcome iléal.	Réséction.	Décès rapide.
139	BRUCE 1959	F	33		Douleurs, Tumeur abdominale.		Sarcome iléal.	Réséction.	Décès 9 ans après : métastases.
140	BRUCE 1959	F	30		Douleurs, Tumeur abdominale.		Sarcome du grêle.	Réséction.	Décès rapide.
141	BRUCE 1959	F	50		Douleurs, Mœléna.		Sarcome jéjunal.	Réséction.	Bonne santé 6 mois après.
142	KUSTRUP 1955	F	49	5 ans	Douleurs, Mœléna à répétition.	Ulcère duodénal.	Léio-myosarcome jéjunal. Pas d'adénopathie mésentérique.	Réséction.	Pas de nouvelles.
143	SPEHLING 1954	M	57	1 an	Hémorragie intestinale.		Lymphosarcome iléal. Métastase mésentérique.	Réséction.	Bonne santé 5 ans et demi après.
144	SPEHLING 1954	M	72	3 mois	Douleurs, Vomissements. Amaigrissement. Tumeur abdominale.		Lymphosarcome jéjunal avec envahissement mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 11 mois après.
145	RICHMAN 1955	M	50	2 ans	Douleurs, Mœléna. Hémorragie intestinale de sang rouge. Tumeur abdominale.		Lymphosarcome iléal avec envahissement mésentérique.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 3 ans après

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospita- lisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
146 BARRETT 1954	M	48	6 mois	Douleurs. Occlusion.	Occlusion aiguë du grêle.	Léio-myosarcome du diverticule de Meckel. Pas d'adénopathie mé- sentérique ni de mé- tastase hépatique.	Réséction.	Pas de nouvelles
147 WILKIE 1953	M	45	1 an 1/2	Douleurs. Contrac- ture abdominale.	Péritonite aiguë.	Réticulosarcome du jéuno-iléon avec per- foration et adénopa- thie mésentérique.	Réséction.	Dans les mois sui- vants, 2 autres pé- rilonites par perfo- ration : fistule iléo- vésicale. Décès 1 an 1/2 après pre- mière intervention.
148 SPENCER 1953	M	37	2 mois	Douleurs épigastri- ques.		Réticulosarcome jéju- nal perforé avec inva- sion. Adénopathie mésentérique.	Laparotomie. Biopsie.	Décès 3 jours après. Autopsie : 2 tumeurs pédiculées sur le jéjunum, 1 tumeur sur le 3 ^e duodénum.
149 BRADMORE 1953	M	39	1 an	Douleurs épigastri- ques. Vomisse- ments. Amaigrisse- ment. Contrature.	Perforation d'ulcère.	Réticulosarcome jéju- nal perforé.	Suture.	Dans les mois sui- vants, deuxième perforation. Résec- tion. Radiothérapie. Bonne santé 2 ans 1/2 après.
150 LEVRAT (personnelle)	M	34		Occlusion. Douleurs. Tumeur hypocondre gauche.		Fibrosarcome du grêle.	Réséction.	Récidive 10 ans plus tard, métastase hé- patique. Corticothé- rapie : 14 mois après celle-ci, tou- jours en vie.

151	COURTY 1958	F	58	6 mois	Diarrhée, Occlusion intestinale.	Occlusion du grêle.	Lymphosarcome iléal : 3 noyaux tumoraux. Adénopathie mésenté- rique.	Réséction. Radiothérapie.	Pas de nouvelles.
152	MESTEL 1959	M	4		Douleurs, Vomisse- ments, Tumeur abdominale.	Abcès appendi- culaire.	Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 5 mois après.
153	MESTEL 1959	M	12		Douleurs, Amaigri- ssement, Tumeur hypogastrique.	Abcès appendi- culaire.	Réticulosarcome du di- verticule de Meckel.	Réséction.	Décès 8 mois après.
154	MESTEL 1959	F	6	3 mois	Occlusion intesti- nale aiguë.	Invagination.	Lymphosarcome iléal avec invagination irréductible.	Réséction.	Décès 2 mois après.
155	MESTEL 1959	M	7		Douleurs, Vomisse- ments, Tumeur abdominale, Gros foie nodulaire.	Lymphosar- come.	Lymphosarcome iléal avec métastases hépa- tiques.	Biopsie.	Décès 1 mois après.
156	MESTEL 1959	F	3		Douleurs, Occlusion, Tumeur abdominale.	Invagination.	Lymphosarcome jéju- nal avec invagination.	Réséction.	Décès 3 mois après.
157	MESTEL 1959	M	8		Douleurs, Vomisse- ments.	Appendicite.	Lymphosarcome iléal avec invagination.	Réséction.	Bonne santé 3 ans 1/2 après.
158	MESTEL 1959	M	8		Douleurs et tené- pature.	Appendicite.	Lymphosarcome iléal avec invagination.	Hémicolec- tomie droite.	Décès 3 mois après.
159	MESTEL 1959	M	7		Douleurs, Vomisse- ments, Tumeur sous-ombilicale.	Lymphosar- come.	Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 3 mois après.
160	MESTEL 1959	M	6		Constipation, Dou- leurs, Tumeur abdominale.	Lymphosar- come.	Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 3 mois après.

<i>Auteurs</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Evolution clinique avant hospita- lisation</i>	<i>Symptômes dominants</i>	<i>Diagnostic clinique</i>	<i>Siège, nature, extension du sarcome</i>	<i>Traitement</i>	<i>Résultats</i>
161 MESTEL 1959	M.	7		Douleurs, Vomisse- ments, Tempéra- ture, Tumeur abdo- minale.		Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 3 mois après.
162 MESTEL 1959	M	6		Douleurs, Occlusion intestinale.	Invagination.	Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 4 mois après.
163 MESTEL 1959	M	8		Douleurs, Vomisse- ment, Tumeur sous-ombilicale.	Kyste mésenté- rique.	Lymphosarcome jéju- nal.	Réséction.	Bonne santé 8 ans après.
164 MESTEL 1959	M	3		Douleurs, Occlusion intestinale.	Occlusion du grêle.	Lymphosarcome iléal avec invagination.	Réséction.	Décès 3 mois après.
165 MONHEIT 1955	F	7 1/2	3 sem.	Température, Ané- mie, Adénopathies cervicales et axil- laires.	Tumeur ova- rienne.	Léio-myosarcome jéju- nal. Pas d'adénopa- thie mésentérique.	Réséction en 2 temps.	Bonne santé 3 ans 1/2 après.
166 CULLEN 1950	M	59	2 mois	Douleurs hypoga- striques, Amaigri- ssement, Contrac- ture.	Péritonite aiguë.	Léio-myosarcome jéju- nal, perforé, avec adhérence au trans- verse, Adénopathies mésentériques et mé- tastase hépatique.	Réséction.	Décès 9 mois après.
167 COWDELL 1950	F	19	4 ans	Douleurs, Lombal- gies, Vomissements, Température, Con- tracture.	Péritonite pel- vienne.	Léio-myosarcome jéju- nal sans perforation macroscopiquement visible.	Réséction.	Bonne santé 2 ans 9 mois après.

168	Mc GINNIS 1949	M	60	7 mois	Douleurs F.I.D. Mœléna. Tumeur hypogastrique.	Iléite termi- nale.	Sarcome perforé du di- verticule de Meckel.	Réséction.	Décès 60 heures après.
169	CARNES 1947	M	60	5 mois	Douleurs. Mœléna.		Réticulosarcome iléal. Adénopathie mésent.	Hémicolec- tomie droite.	Bonne santé 6 mois après.
170	HINDMARSH 1951	M	47	14 jours	Douleurs F.I.D. Température. Con- tracture.	Abcès appendi- culaire per- foré.	Lymphosarcome iléal perforé. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Bonne santé : pas de recul.
171	CARCASSONE 1958	M	71		Diarrhée. Tumeur F.I.D.	Cancer du cæcum.	Lymphosarcome iléal.	Réséction.	Décès 16 jours après.
172	CARCASSONE 1958	M	48		Tumeur hypochondre gauche.	Cancer de l'angle coli- que gauche.	Lymphosarcome iléal avec adhérences intes- tinales.	Réséction.	Décès 6 mois après : généralisation péri- tonéale.
173	CABOT 1953	F	66	2 mois	Maigrissement. Diarrhée. Tempéra- ture. Mœléna.		Léio-myosarcome jéju- nal perforé.	Réséction.	Pas de nouvelles.
174	JOYEUX 1951	F	55	3 ans	Douleurs. Diarrhée. Constipation. Ocu- lion.		Lymphosarcome iléal avec invagination.	Intervention palliative. Moutarde azotée.	Décès 3 mois après.
175	FLEMING 1950	M	71	1 jour	Hématénèse. Mœléna.	Ulcère duodé- nal.	Léio-myosarcome jéju- nal. Pas d'adénopa- thie mésentérique ni de métastase.	Réséction.	10 mois après : 2 ^e intervention pour tumeur lobe gau- che du foie. Radio- thérapie. Vivant 1 an et demi après 1 ^{re} intervention.
176	LEVRAT (personnelle)	M	66	2 mois	Température. Tumeur para-ombi- licale gauche. Mœléna.	Cancer abdo- minal infecté.	Lymphosarcome jéju- nal à double localisa- tions. Perforation pos- sible de la lésion sous- jacente. Adénopathie mésentérique.	Réséction.	Décès 18 jours après : tableau d'infarctus myocar- dique.

Étiologie

L'étiologie générale des sarcomes du jéjuno-iléon offre à considérer deux points particuliers :

- La notion de fréquence de cette lésion.
- Les facteurs qui peuvent intervenir éventuellement dans sa genèse.

1) La fréquence de ce néoplasme doit être analysée en fonction des 4 cadres suivants :

- Sa place dans le cadre de la pathologie générale.
- Sa place dans le cadre de la pathologie gastro-intestinale tumorale.
- Sa place en fonction de l'âge.
- Sa place en fonction du sexe.

A. — Le sarcome du grêle dans le cadre de la pathologie générale n'occupe pas évidemment une place très importante, et nous ne pouvons mieux faire pour le situer exactement que reproduire les chiffres avancés par SHALLOW, EGER et CARTY : sur un total de 137.174 autopsies, il a été trouvé 5.034 lésions malignes du gros intestin, et 134 seulement du grêle, les auteurs ne précisant pas le nombre de sarcomes parmi ces 134 néoplasmes.

Par contre, ULLMAN et ABESHOUSE citent 3 statistiques déjà plus précises :

— Celle de LIBMAN qui n'a pas observé un seul cas de sarcome intestinal primitif à l'Institut pathologique de Berlin, entre 1859 et 1875.

— Celle de SMOLER, qui révèle 13 cas de sarcomes primitifs du grêle sur 13.036 autopsies à Prague, entre 1883 et 1898.

— Celle de FISHER à Sydney entre 1910 et 1925, qui fait état de 5 sarcomes intestinaux sur un total de 265 lésions intestinales malignes (rectum exclu).

Plus près de nous, WILKIE, dans une statistique faite en Angleterre, durant l'année 1949, et portant sur 509.973 autopsies, trouve 142 tumeurs malignes du grêle dont seulement 19 sarcomes.

B. — La place du sarcome du petit intestin dans le cadre de la pathologie gastro-intestinale tumorale peut être analysée en 3 rubriques :

— Fréquence des tumeurs du grêle en général, par rapport aux tumeurs du tractus gastro-intestinal.

— Fréquence du sarcome du grêle dans le cadre des sarcomes gastro-intestinaux.

— Fréquence du sarcome du grêle par rapport aux autres lésions malignes ou bénignes du petit intestin.

1° Si, l'on considère en premier lieu les tumeurs du grêle dans le cadre très vaste des tumeurs du tractus gastro-intestinal, point n'est besoin de s'arrêter longuement pour mettre en évidence leur faible pourcentage ; aussi nous bornerons-nous à indiquer deux statistiques :

a) Celle de RAIFORD en 1932 :

— Sur 986 tumeurs gastro-intestinales, 88, soit 8,9 %, siègent sur le grêle.

— Sur ces 986 tumeurs gastro-intestinales, il y a 776 tumeurs malignes, dont 38, soit 4,9 % affectent le petit intestin.

b) Celle de SPELLBERG en 1949 :

— Sur 1.521 tumeurs intestinales malignes, observées en 16 ans, 1.494 siègent sur le gros intestin, 27 seulement sur le grêle, soit 1,7 %.

2° Si l'on s'attache en second lieu au sarcome du grêle dans le groupe des sarcomes gastro-intestinaux, on est immédiatement frappé par la place importante qu'il y occupe :

— SHALLOW, EGER et CARTY totalisant en 1945 les statistiques de plusieurs auteurs, trouvent que sur 984 sarcomes intestinaux, 598 siègent sur l'intestin grêle, soit 60 %.

Si l'on considère des statistiques plus récentes, on s'aperçoit qu'elles sont également unanimes à conférer au grêle le rôle de chef de file dans le groupe des sarcomes digestifs : nous citerons entre autres celle de IRVINE et JOHNSTONE établie au Département de Pathologie de la Western Infirmary de Glasgow, sur une période de 8 ans (de 1946 à 1953) et qui fait état de 17 sarcomes du grêle

sur un total de 37 sarcomes primitifs du tractus gastro-intestinal (soit 45.9 %).

La seule statistique discordante que nous avons pu relever est celle de SPELLBERG et ZIVIN en 1949 : leurs 21 sarcomes gastro-intestinaux comprennent 5 localisations sur le grêle, 5 sur le gros intestin, et 11 sur l'estomac, ce qui semble conférer à ce dernier viscère une place de premier choix que ne lui reconnaît pas la majorité des auteurs.

3° Enfin, si dans une troisième analyse on dresse un parallèle entre tumeurs du grêle bénignes et malignes, d'une part, entre le sarcome et les autres tumeurs malignes du grêle, d'autre part, on arrive à des résultats assez variables selon les auteurs :

a) Tout d'abord, en ce qui concerne la nature maligne ou bénigne de la lésion :

— DUNDON, sur 62 tumeurs du grêle, dénombrées de 1933 à 1946, à l'Hôpital de Cleveland, relève 44 tumeurs bénignes et 18 malignes.

— BROcq et POILIEUX peuvent rassembler en 1955 dans un colloque à l'Académie de Chirurgie, 96 observations de tumeurs du grêle, dont 22 bénignes et 74 malignes.

— PATTERSON, dans une étude portant sur 32 cas, peut avancer 27 tumeurs malignes contre 5 bénignes.

— BERNSTEIN, passe en revue les archives de pathologie et de nécropsie du Mount Sinai Hospital de New York, depuis ces 25 dernières années, retrouve 109 dossiers de tumeurs primitives du grêle, se répartissant en 53 lésions bénignes et 56 malignes. Ce même auteur cite par ailleurs la statistique de WEIBEL, portant sur 165 cas observés en 16 ans dans 4 hôpitaux : 100 de ceux-ci s'avèrent malins et 65 bénins.

— OGILVIE et ses collaborateurs rencontrent en 10 ans 16 tumeurs de l'intestin grêle : 14 malignes et 2 bénignes.

— ELIAS, sur 89 tumeurs observées en 20 ans, au Boston City Hospital, en relève 57 bénignes et 32 malignes.

— A Lyon, PEYCELON et REPLUMAZ, au cours de 10 interventions personnelles, se trouvent 8 fois en présence de lésions malignes et 2 fois seulement devant une formation bénigne.

En définitive, DUNDON et ELIAS paraissent donc être les seuls à donner les lésions bénignes comme les plus fréquentes, les autres auteurs s'accordent presque tous à mettre la malignité au premier rang, sauf peut-être BERNSTEIN

pour lequel le pourcentage semble s'équilibrer. D'ailleurs, si l'on additionne les chiffres rassemblés par plusieurs auteurs, on arrive à colliger 579 tumeurs du grêle, 329 étant malignes, 250 bénignes. En réalité, nous pensons que ces chiffres n'ont qu'une valeur relative : ils sont en effet établis et par des anatomo-pathologistes, et par des chirurgiens, qui n'œuvrent pas sur le même lot d'individus. Ainsi, une tumeur latente cliniquement échappe au chirurgien, et parfois même à l'anatomo-pathologiste, si l'autopsie n'a pas été systématique. Or, la latence clinique va plus souvent de pair avec la bénignité, et l'on peut penser en fin de compte que tumeurs bénignes et malignes au niveau du grêle arrivent sensiblement à s'équilibrer.

b) Notre deuxième proposition a pour but de préciser le rang qu'occupe le sarcome parmi les autres lésions malignes du grêle, et là les divergences sont encore plus tangibles :

— CAMERON en 1938, sur 200 tumeurs malignes du grêle, trouve 109 carcinosomes, 78 sarcomes et 3 carcinoïdes.

— FRASER sur 13 formations malignes du grêle observées entre 1933 et 1942 à la Western Infirmary de Glasgow note 6 carcinomes et 7 sarcomes.

— DUNDON sur 18 tumeurs malignes relève 4 sarcomes, 12 carcinomes et 2 carcinoïdes.

— BROcq et POILLEUX peuvent répartir leurs 74 tumeurs malignes en 40 épithéliomas, 24 sarcomes et 10 néoformations de diagnostic histologique non précisé.

— OGILVIE, sur 14 lésions malignes, avance 9 adénocarcinomes et 5 sarcomes.

— CHANOINE, dans une magnifique revue rassemblant 786 tumeurs malignes du jéjuno-iléon, collige 256 carcinomes, soit 32,6 % ; 160 carcinoïdes, soit 20,2 % ; 370 sarcomes, soit 48,2 %, desquels il faut retirer 33 cas de mélanosarcomes non primitifs, soit 337 cas.

— PATTERSON, qui fait état de 27 tumeurs malignes, note 17 adénocarcinomes, 8 sarcomes et 2 carcinoïdes.

— BERNSTEIN, sur 56 tumeurs malignes, trouve 5 carcinoïdes, 15 carcinomes et 36 sarcomes, dont il nous faut soustraire 4 cas se rapportant à des Hodgkin.

— PEYCELON enfin, isole 5 sarcomes, 2 épithéliomas et 1 Schwannome malin.

Si l'on s'en tient à la statistique de CHANOINE, le sarcome apparaît donc plus fréquent que l'épithélioma, mais si l'on en croit BROcq et POILLEUX, c'est exactement l'inverse. En réalité, si l'on additionne les chiffres provenant de plu-

sieurs statistiques récentes, on arrive à la conclusion que sarcomes et épithéliomas se partagent l'intestin grêle en proportions à peu près équivalentes, avec peut-être un très discret avantage pour l'épithélioma, ainsi que le tableau suivant semble l'attester :

	<i>Carcinomes</i>	<i>Sarcomes</i>	<i>Carcinoïdes</i>
PATTERSON.....	17	8	2
BERNSTEIN.....	15	36	5
OGILVIE.....	9	5	
PEYCELON.....	2	5	
BROCQ.....	40	24	
	83	78	7

C. — La fréquence du sarcome en fonction de l'âge du malade ne donne lieu qu'à quelques brèves remarques :

1° LECÈNE en 1904 colligeant 76 observations dans la littérature, trouve les $\frac{3}{4}$ des cas avant 40 ans. Entre 40 et 50 ans, il signale encore un certain pourcentage de sarcomes, mais au-delà de 50 ans, il le considère comme très rare.

2° ULLMAN et ABESHOUSE en 1932 donnent les première, troisième et quatrième décades de la vie comme les plus exposées. Ces mêmes auteurs citent par ailleurs le cas de WEEDEN chez une femme de 84 ans, à l'opposé, l'observation de STERN concernant un nouveau-né, et enfin la série de LIBMAN qui comporte un enfant de 5 jours.

3° En 1944, HECTOR confirme les vues d'ULLMAN et ABESHOUSE en donnant aux sarcomes deux maximums de fréquence : entre 3 et 10 ans, entre 40 et 45 ans.

4° IRVINE et JOHNSTONE en 1955 situent l'âge moyen du lympho-sarcome à 52,4 ans, alors qu'à la même époque, HORSLEY et MÉANS, passant en revue le léio-myosarcome, chiffrent son âge moyen à 50 ans, avec des limites extrêmes allant du nouveau-né à 81 ans.

5° HILLEMAND, CHÉRIGIE et collaborateurs rajeunissent d'une dizaine d'années cet âge moyen, puisqu'ils le fixent entre 38 et 40 ans.

6° L'étude des 176 observations que nous avons pu réunir dans la littérature, nous a donné les chiffres suivants :

- Entre 0 et 20 ans : 28 cas ;
- Entre 20 et 40 ans : 31 cas ;
- Entre 40 et 60 ans : 67 cas ;
- Entre 60 et 80 ans : 48 cas ;
- Au-delà de 80 ans : 2 cas.

Il existe donc une prédominance très nette entre 40 et 60 ans, avec un âge moyen aux alentours de 50 ans, mais le nombre de cas rapportés à 60 ans et au-delà est loin d'être négligeable, puisqu'il se chiffre à 50, de même le sarcome de l'enfant et de l'adolescent ne doit pas être mésestimé.

Il est à remarquer que cette statistique reflète l'âge des malades au moment de leur hospitalisation, et que pour beaucoup, d'entre eux l'évolution clinique remonte déjà à un an et parfois bien plus, ce qui aurait pour conséquence un certain rajeunissement de l'âge moyen d'éclosion du sarcome. Mais même en prenant en considération ce fait, il n'en reste pas moins que notre âge moyen est plus élevé que celui de LECÈNE. Cela s'explique facilement si l'on veut bien se rappeler que la durée moyenne de vie de l'individu a augmenté d'une façon importante depuis ces 15 dernières années, donnant ainsi toute latitude aux sarcomes pour se manifester, à un âge plus tardif.

D. — La prédominance du sarcome dans le sexe masculin ne fait plus aucun doute pour personne, et les auteurs sont également d'accord sur l'importance relative qu'il convient d'accorder à ce privilège masculin :

1° LECÈNE, sur ses 76 sarcomes trouve 49 hommes et 27 femmes.

2° ULLMAN donne la proportion de 5 hommes pour 2 femmes, HECTOR celle de 3 hommes pour 1 femme. Selon IRVINE et JOHNSTONE, l'homme est 2 fois et demi plus atteint que la femme.

3° CHANOINE, sur 191 observations de lymphosarcomes, relève 142 hommes pour 49 femmes, soit à peu près 3 hommes pour 1 femme.

4° Notre statistique confirme que le sarcome est 3 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; en effet nos 176 observations se répartissent en 53 femmes et 123 hommes.

5° Il ne semble pas par ailleurs que le sexe ait une influence quelconque sur l'âge d'apparition du sarcome : nos 53 femmes sont réparties de façon homogène et l'on retrouve dans leur cadre la même prédominance entre 40 et 60 ans ; il en va de même bien entendu pour les hommes.

II) Les facteurs susceptibles de jouer un rôle dans la genèse du sarcome restent encore mystérieux. CHANOINE et de nombreux auteurs avec lui, pense que la nature liquide du contenu du grêle élimine la possibilité d'une irritation mécanique du tube intestinal par les résidus digestifs. Pour RAIFORD, le développement du jéjuno-iléon au cours des 4 derniers mois de la vie embryonnaire, diminuerait le risque d'inclusion embryonnaire, ou celui d'arrêt de croissance, tous phénomènes pouvant faire le lit d'un processus tumoral ultérieur.

Nous ne citerons que pour mémoire le rôle qu'on a voulu faire jouer au traumatisme et à l'infection (tuberculose, bacille d'Eberth). Ces facteurs ne nous paraissent intervenir d'aucune manière dans la formation d'une lésion intestinale sarcomateuse.

En définitive, l'étiologie du sarcome reste inconnue, les seules constatations certaines sont la prédominance masculine, et l'apparition possible à n'importe quel âge.

Anatomie pathologique

Le sarcome du jéjuno-iléon offre au point de vue anatomique une assez grande variété de lésions tant macroscopiques qu'histologiques. Mais si les premières sont somme toute assez bien décrites, si leur évolution est connue de façon précise, par contre les dernières constituent un chapitre extrêmement confus, où chaque auteur désire faire prévaloir sa propre terminologie et son propre système de classification. L'histologie du sarcome du grêle traverse donc actuellement une période de balbutiements, c'est pourquoi nous serons assez brefs à son propos, n'ayant pas la prétention de nous considérer comme novateur en cette matière.

Un court rappel anatomique concernant certaines caractéristiques de ce segment intestinal, indispensable à la compréhension de ce qui va suivre, nous amène à préciser les trois points suivants :

— Le premier concerne l'intestin lui-même : au fur et à mesure qu'on s'approche de la jonction iléo-caecale, le calibre devient plus étroit, la paroi plus épaisse, les follicules lymphoïdes plus nombreux.

— Le second intéresse le réseau artériel : le jéjunum avec une seule série d'arcades, s'oppose à l'iléon qui en possède plusieurs.

— Le troisième enfin, met en cause le système lymphatique : à partir des deux réseaux sous-muqueux et sous-séreux, vont se former trois groupes secondaires, l'un juxta-intestinal, l'autre intra-mésentérique, le dernier enfin dans la racine même du mésentère, et qui rejoint le canal thoracique. Le groupe des ganglions mésentériques est indiscutablement le plus nombreux de l'économie.

1) *Les données macroscopiques* conduisent à envisager successivement le type, le volume, la consistance, et le siège de la tumeur.

A. — Le type même de la tumeur est assez variable, on peut schématiquement le ramener à 4 variétés principales :

1° La forme polypoïde caractérisée par la présence d'un ou de plusieurs nodules qui peuvent être endo et exo-intestinaux. La première de ces deux éventualités est assez volontiers génératrice de sténose, soit par bourgeonnement tumoral, soit par invagination, nous y reviendrons ultérieurement.

2° La forme intra-pariétale ou annulaire, caractérisée par l'épaississement et le durcissement de la paroi, donnant au segment intestinal intéressé l'aspect d'un tube rigide, dont le calibre est souvent diminué, sans qu'il y ait pourtant sténose complète.

3° La forme diverticulaire considérée au début du siècle comme la plus fréquente, et où la dilatation peut être telle, que le qualificatif d'anévrysmal ne paraît pas superflu. L'effondrement de l'armature musculo-élastique dû à l'infiltration de celle-ci par les cellules néoplasiques, serait à l'origine de cette variété particulière.

4° Enfin, la forme pédiculée sous-séreuse dont le développement essentiellement mésentérique, peut atteindre un degré tel qu'une sténose par compression extrinsèque est susceptible de se constituer.

Il est impossible de dresser une statistique concernant le type de la tumeur parmi les observations qui nous ont servi de matériel d'étude. En effet, les protocoles opératoires sont pour la plupart incomplets, et seuls quelques rares cas comportent un examen attentif de la pièce. Signalons cependant la statistique personnelle de IRVINE et JOHNSTONE portant sur 17 cas dans laquelle on relève deux formes polypoïdes, 9 formes annulaires et 6 formes ulcérées pures. FAULKNER et DOCKERTY sur 33 sarcomes trouvent 9 formes polypoïdes, 12 formes anévrysmales, et 12 formes ulcérées pures. Cette dernière variété se heurte au septicisme des auteurs de langue française : l'ulcération de la muqueuse par le processus néoplasique est une éventualité classique (comme nous le verrons plus loin), mais l'existence d'un sarcome intestinal à forme ulcérée pure apparaît des plus discutables.

B. — Le volume de la tumeur comme son type est assez variable. Pouvant avoir la taille d'une noisette, elle est cependant volontiers plus grosse, atteignant parfois le diamètre d'une tête d'enfant. La variété pédiculée donne lieu aux masses les plus importantes, mais la forme polypôide peut également revêtir un volume respectable.

C. — La consistance de la masse néoplasique peut être uniforme ou non. Ou bien molle dans son ensemble, ou bien ferme, elle atteint exceptionnellement une très grande dureté, comme ce fut le cas dans l'observation de LERICHE et BRUN, où la tumeur dut être sciée. VAUTRIN et MICHON ont rapporté un cas où l'on trouvait alternativement des zones dures et des zones molles.

D. — Le siège de la tumeur appelle déjà quelques remarques plus intéressantes : précisons d'emblée que dans notre statistique seuls 165 dossiers sont utilisables, 11 fois le siège n'ayant pas été précisé.

1° On se doit de considérer en premier lieu le caractère diffus ou circonscrit du sarcome :

a) La forme diffuse apparaît sans discussion la plus rare : sous ce vocable il faut entendre essentiellement un processus néoplasique qui infiltre le grêle sur un ou plusieurs segments, assez longs, parfois séparés par des zones saines, et non la simple juxtaposition à quelques centimètres d'intervalle de plusieurs nodules tumoraux. Cette forme diffuse autonome peut dans certains cas être difficile à distinguer d'une forme initialement circonscrite, qui a secondairement infiltré le grêle, sur une assez grande longueur.

LECÈNE sur 45 observations avec contrôle anatomique, trouve 16 formes diffuses contre 29 circonscrites. Nous n'avons pu réunir dans notre étude de la littérature que 11 formes diffuses certaines sur un total de 165 cas valables, toutes ces formes intéressaient à la fois le jéjunum et l'iléon.

b) Les 154 dossiers restants correspondent donc à des formes circonscrites à propos desquelles la localisation jéjunale ou iléale doit être prise en considération :

Jéjunum : 64 cas.

Iléon : 86 cas.

Diverticule de Meckel : 4 cas.

LECÈNE sur 34 cas étudiés anatomiquement fait état de 21 iléons contre 13 jéjunum. ULLMAN et ABESHOUSE trouvent deux fois plus de localisation iléale que jéjunale. SHALLOW, EGER et CARTY donnent des proportions à peu près identiques, et opposent le sarcome à l'épithélioma, dont le siège est exactement inverse : deux fois plus sur le jéjunum que sur l'iléon.

Il ressort de ces différents chiffres et en particulier de notre statistique que la prééminence de l'iléon est indiscutable, mais que le rapport n'est pas du simple au double.

Signalons enfin la possibilité de formes à doubles localisations séparées en hauteur par une ou plusieurs anses saines, mais touchant 2 anses voisines si bien qu'on a l'impression de se trouver devant une seule tumeur. On peut alors se demander s'il s'agit bien d'une forme bipolaire ou si l'une des deux tumeurs est métastatique.

2° Si l'on envisage maintenant la localisation en fonction de l'âge, on constate une répartition à peu près égale avant et après 50 ans : dans notre statistique, les 86 sarcomes de l'iléon comprennent 40 sujets au-delà de 50 ans et 46 avant 50 ans ; les 64 sarcomes du jéjunum englobent 31 malades de plus de 50 ans et 33 en dessous de cet âge.

3° Enfin, si l'on s'intéresse à l'incidence éventuelle du sexe sur la localisation, on s'aperçoit que la femme fait plus volontiers un sarcome iléal que jéjunal, ainsi qu'en témoignent les chiffres suivants :

— Nos 86 iléons comprennent 31 femmes contre 55 hommes ;

— Nos 64 jéjunums atteignent 17 femmes contre 47 hommes.

On voit donc que sur un total de 48 femmes, 31 font un sarcome iléal, soit 64 % ; 17 un sarcome jéjunal, soit 36 % ; même en tenant compte de la plus grande fréquence du sarcome iléal, il semble que le sexe féminin soit plus exposé à cette localisation.

II) Les données microscopiques concernant les sarcomes du jéjuno-iléon sont extrêmement complexes et l'on touche là du doigt un des chapitres les plus flous de l'histopathologie. Trois raisons peuvent expliquer cette confusion :

— La première trouve son origine dans la définition histologique même du sarcome : c'est une tumeur d'origine conjonctive qui, du fait des multiples différenciations de

la cellule mésenchymateuse, va donc pouvoir revêtir les types les plus variés.

— La seconde raison fait intervenir le stade évolutif du sarcome : telle variété histologique de départ pouvant être supplantée par une autre forme, au fur et à mesure que le processus néoplasique se développe.

— La dernière raison enfin est l'absence complète d'une terminologie commune adoptée par tous les auteurs, ce qui a pour conséquence la relation de faits identiques à l'aide d'un vocabulaire différent.

A. — Au début du siècle, à la suite de LECÈNE, on a distingué :

1° Les sarcomes globo-cellulaires à petites cellules rondes, les plus fréquents, que certains apparentaient déjà au lymphosarcome.

2° Les sarcomes fuso-cellulaires à cellules fusiformes.

B. — Actuellement, le concept s'est quelque peu modifié :

1° CHANOINE classe les tumeurs malignes conjonctives du grêle en trois groupes :

- Les tumeurs lymphoïdes ;
- Les sarcomes fuso-cellulaires ;
- Les mélano-sarcomes.

Cette classification englobant tumeurs primitives et secondaires.

2° L'Ecole française à la suite des publications d'OBERLING en 1928, celle de LEROUX et ses collaborateurs entre 1949 et 1951, distingue :

- Les lymphosarcomes développés à partir des éléments lymphoïdes ;
- Les réticulosarcomes qui comprennent des tumeurs de type indifférencié.

3° Nous ramenons quant à nous à 3 variétés principales l'aspect histologique du sarcome du jéjuno-iléon : la tumeur d'origine lymphoïde, la tumeur d'origine conjonctivo-musculaire, la tumeur issue du tissu conjonctif banal non différencié.

a) La tumeur d'origine lymphoïde est incontestablement la plus fréquente et c'est elle qui selon CHANOINE évolue le plus volontiers vers la dilatation de l'anse envahie.

Dans le cadre de ces tumeurs lymphoïdes, nous faisons figurer à la suite de GALL et MALLORY, cités par CHANOINE, le lymphosarcome et le réticulosarcome, ces deux variétés ne différant selon les auteurs américains que par l'importance de l'élément réticulaire et la taille des cellules dans le « small round cell sarcoma » ou lymphosarcome : on a affaire à des lymphoblastes ou à des lymphocytes, alors que dans le « large round cell sarcoma » ou réticulosarcome, les cellules oscillent entre 15 et 30 microns. A ces deux types principaux, les Anglo-Saxons ajoutent fréquemment le lymphome folliculaire géant, qui n'est qu'un aspect particulier du lympho-sarcome.

b) La tumeur d'origine conjonctivo-musculaire est déjà beaucoup plus rare, elle affecte volontiers la forme polypoïde à développement extra-luminaire. Cette tumeur correspond à ce qu'il est convenu d'appeler le léio-myo-sarcome, à propos duquel d'ailleurs on peut discuter le point de départ exact du processus néoplasique : fibre musculaire lisse intestinale proprement dite, ou fibre lisse des artérioles de la paroi intestinale. Selon CHANOINE, cette variété présenterait plus que les autres une nécrose hémorragique centrale et nous verrons au chapitre de la Clinique que le léio-myo-sarcome est effectivement celui qui expose le plus au moelena.

c) Enfin, reste la tumeur née à partir du tissu conjonctif banal, non différencié, et qui selon la prédominance de certains éléments est appelée fibro, lipo, myxo-sarcome, ou encore sarcome polymorphe. Véritablement exceptionnelle, cette variété fait partie avec le léio-myo-sarcome du groupe autrefois dénommé sarcome fuso-cellulaire.

C. — Pour tâcher de fixer les idées sur la fréquence de tel ou tel type histologique, nous allons relater des chiffres obtenus après étude de nos 176 observations en rappelant bien que le pourcentage dont nous pouvons faire état n'a qu'une valeur très relative pour les diverses raisons que nous avons énumérées plus haut :

— Lymphosarcomes : 74
— Réticulosarcomes : 36

soit : 110 sarcomes lymphoïdes.

— Léio-myo-sarcomes : 44
— Fibro-sarcomes : 7
— Cas non classés : 15

1° La comparaison du type histologique et de l'âge ne donne lieu à aucune remarque particulière :

74 lymphosarcomes	{	32 au-delà de 50 ans ; 42 avant 50 ans.
36 réticulosarcomes	{	20 au-delà de 50 ans ; 16 avant 50 ans.
44 léio-myo-sarcomes	{	24 au-delà de 50 ans ; 20 avant 50 ans.

2° Si l'on envisage les relations entre type histologique et sexe, on ne peut en tirer non plus de conclusions définitives :

- Sur les 74 lymphosarcomes, 23 femmes et 51 hommes ;
- Sur les 36 réticulosarcomes : 7 femmes et 29 hommes ;
- Sur les 44 léio-myo-sarcomes : 15 femmes et 29 hommes.

3° Quant aux rapports entre type histologique et localisation, ils paraissent peu concluants : sur 98 sarcomes circonscrits d'origine lymphoïde, dont le siège est précisé, 66 affectent l'iléon, 31 le jéjunum, 1 le diverticule de Meckel. Sur 39 léio-myo-sarcomes, 14 affectent l'iléon, 2 le diverticule de Meckel, 23 le jéjunum ; ce type histologique affiche donc une certaine préférence pour le grêle supérieur.

III) L'évolution anatomique du sarcome du grêle se fait dans deux directions : les complications intestinales proprement dites, et l'extension ganglionnaire et métastatique.

A. — Les complications intestinales sont loin d'être exceptionnelles, elles peuvent s'extérioriser par un tableau clinique évocateur, mais bien souvent il n'y a pas parallélisme anatomo-clinique et la complication est une découverte d'intervention ou d'autopsie.

1° L'extension intestinale locale est assez variable : l'anse peut être touchée sur toute sa circonférence ou une partie seulement de celle-ci. Le type macroscopique conditionne évidemment l'évolution locale, et à ce propos rappelons que les tumeurs sous-séreuses pédiculées de par

leur important volume, peuvent être responsables de compression, non seulement sur les anses intestinales de voisinage, mais aussi sur certains viscères à proximité immédiate.

Les ulcérations de la muqueuse sont pour LECÈNE relativement fréquentes : 25 fois sur 45 observations, et constitueraient un prélude à la perforation.

2° Cette perforation intestinale n'est pas actuellement aussi rare qu'on voulait bien le dire autrefois. Les publications de sarcomes perforés se multiplient et la plus impressionnante en l'occurrence est celle de IRVINE et JOHNSTONE qui rapportent 13 cas perforés sur un total de 17 tumeurs lymphoïdes malignes du jéjuno-iléon. Il s'agit le plus souvent de petites perforations à l'emporte-pièce ; il a été cependant signalé un véritable éclatement de l'intestin par ARNAUD et RECORDIER en 1938.

Sur 176 dossiers étudiés, nous relevons 35 perforations anatomiques certaines réparties de la façon suivante : 13 sur l'iléon, 16 sur le jéjunum, 1 sur le diverticule de Meckel, 5 enfin de siège non précisé, parmi lesquelles on relève 3 formes diffuses. Le jéjunum se profile donc comme le terrain de choix de la perforation. Dans notre observation personnelle n° 8 la perforation est seulement probable, les déchirures dues au traumatisme opératoire ne permettant pas de l'affirmer avec certitude.

Signalons la possibilité de plusieurs perforations successives, une telle éventualité ayant été rapportée par WEST et WHRIGHT, WILKIE et BRADMORE.

Si l'on en croit les auteurs anglo-saxons, le type histologique le plus souvent rencontré dans ces cas perforés est le réticulosarcome : nous le trouvons en cause 17 fois dans notre statistique personnelle, contre 9 lymphosarcomes, 5 léio-myo-sarcomes, 1 fibro-sarcome et 3 cas non classés.

L'incidence du sexe paraît négligeable : 27 hommes contre 8 femmes. Quant au rôle de l'âge, le seul fait certain réside dans la plus grande fréquence de cette complication après 40 ans : 25 de nos observations contre 10 en-dessous de cet âge, et qui ne comportent aucun cas de moins de 20 ans.

En somme, plus grande fréquence sur le jéjunum et absence chez l'enfant, sont les deux traits caractéristiques de la perforation.

3° L'invagination intestinale est un accident qui n'est pas non plus exceptionnel. Nos 176 observations comportent 24 invaginations qui ont compliqué 19 sarcomes de

Piléon contre 4 du jéjunum et 1 seule forme diffuse. Le type de l'invagination est précisée dans seulement 16 cas.

- 7 fois elle est iléo-caecale ;
- 4 fois elle est iléo-iléale ;
- 3 fois elle est jéjuno-iléale ;
- 2 fois elle est iléo-colique.

Sur le plan histologique, on relève qu'il s'est agi 19 fois de tumeurs d'origine lymphoïde (lympho et réticulo-sarcomes), contre 4 léio-myo-sarcomes et 1 observation non classée.

Le sexe ne semble pas favoriser l'invagination : 7 femmes pour 17 hommes, ce qui respecte à peu de choses près le pourcentage classique de 3 hommes pour 1 femme.

Il y a par contre des relations plus étroites entre invagination et âge : 14 malades ont moins de 40 ans, et parmi eux 10 enfants de moins de 15 ans, dont un nourrisson mâle de 7 mois. Sur les 10 malades restants, il y en a 7 entre 40 et 60 ans, et seulement 3 qui ont dépassé ce dernier âge.

En somme, l'invagination complique surtout le sarcome iléal, et notamment le sarcome iléal du jeune, ce qui l'oppose point par point à la perforation. Par ailleurs les auteurs qui se sont intéressés à l'invagination de l'adulte, notamment BERGERET et DELANNOY, la considèrent comme symptomatique dans les 2/3 des cas d'une tumeur intestinale bénigne ou maligne. Elle s'oppose ainsi à l'invagination de l'enfant qui est dans la grande majorité des cas spontanée, mais qui peut aussi traduire la présence d'une tumeur du tube digestif.

4° L'occlusion intestinale a été rencontrée au cours de 31 interventions, 16 fois la cause de l'occlusion a été précisée :

- 9 invaginations ;
- 5 sténoses dues à la tumeur sarcomateuse ;
- 1 invagination associée à une sténose proprement tumorale ;
- 1 coudure de l'intestin par adhérence au péritoine pariétal postérieur.

Dans les 15 observations restantes, où la cause anatomique de la sténose n'est pas mentionnée, on peut penser que les adhérences jouent un certain rôle.

Enfin, on peut rapprocher de ce chapitre les cas de sténose incomplète par bourgeonnement tumoral ; ces cas sont au nombre de 5 et l'on a ainsi au total 10 formes sténosantes d'origine tumorale, sur 176 sarcomes étudiés, ce qui constitue un pourcentage assez modeste.

5° L'hémorragie intestinale est également une complication classique ; elle évolue le plus souvent sur le mode intermittent ; son importance est très variable, ce qui explique la difficulté que l'on éprouve dans certains cas à la mettre en évidence. Elle correspond parfois à une nécrose de la masse tumorale, et son association avec la température n'est que plus évocatrice d'une telle évolution anatomique. Sur les 176 sarcomes que nous avons pu étudier, l'hémorragie est signalée seulement 41 fois, mais nous verrons à propos de la clinique qu'il faut la considérer comme plus fréquente en y rattachant notamment les cas d'anémie apparemment isolés.

6° La fistulisation reste une éventualité exceptionnelle ; nous l'avons trouvée signalée 3 fois : 2 fistules iléo-cutanées, et 1 fistule iléo-vésicale. LECÈNE l'a notée également 2 fois sur 45 sarcomes.

B. — L'extension ganglionnaire et métastatique occupe une place de premier choix. Précisons de suite qu'en présence d'une adénopathie mésentérique, il peut être difficile dans certains cas de trancher entre sa nature inflammatoire banale ou néoplasique et que le recours à l'histologiste ne suffit pas toujours à lever des doutes.

1° CHANOINE se basant sur l'étude de 183 sarcomes d'origine lymphoïde trouve :

- 100 métastases ganglionnaires mésentériques ;
- 17 métastases péritonéales et rétro-péritonéales ;
- 17 métastases hépatiques et vésiculaires ;
- 9 métastases rénales ;
- 5 métastases réparties dans le poumon, la vessie, les ovaires ;

Sur les 46 léio-myo-sarcomes analysés par le même auteur, 7 seulement se révèlent métastatiques, d'où la conclusion que ce type histologique aurait une tendance envahissante moins prononcée que les lympho et réticulo-sarcomes.

2° Nos propres chiffres ne permettent pas de confirmer absolument cette manière de voir :

a) Sur 110 sarcomes lymphoïdes, 63 ont donné des métastases, soit 57 % ;

- 59 dans les ganglions mésentériques ;
- 3 au niveau du foie ;
- 4 dans le péritoine et les ganglions péritonéaux ;
- 2 au niveau de la rate et de la peau ;
- 1 dernier au niveau du myocarde.

Il y a donc 6 de ces sarcomes qui ont métastasé dans plusieurs territoires.

b) Sur 44 léio-myo-sarcomes, 23 ont métastasé, soit 53 % :

- 11 dans les ganglions mésentériques ;
- 7 dans le péritoine et les ganglions péto-péritonéaux ;
- 5 au niveau du foie ;
- 1 au niveau du cerveau ;
- 1 dernier enfin sur la cloison recto-vaginale.

Il y a donc 2 léio-myo-sarcomes qui ont métastasé dans plusieurs territoires.

Ces chiffres nous paraissent en-dessous de la réalité et cela pour deux raisons :

— Tout d'abord parce que les protocoles opératoires sont parfois incomplets et que des adénopathies mésentériques réelles peuvent ne pas avoir été mentionnées.

— Ensuite, parce que dans un certain nombre de cas, les malades n'ont pu être revus, ou sont morts dans des circonstances indéterminées, ou encore ont une survie trop courte pour qu'on puisse en tirer argumentation. Sur 154 sarcomes étudiés (lympho, réticulo et léio-myo-sarcomes) nous avons 46 malades qui rentrent dans cette catégorie, 90 dont les métastases sont certaines, 18 où l'absence de métastases est absolument sûre.

Enfin nous verrons au chapitre pronostic que la constatation d'adénopathie mésentérique à l'intervention ne s'inscrit pas comme élément péjoratif, et bien des malades sont morts alors que l'absence totale de métastase avait fait augurer des suites et un résultat ultérieur satisfaisant.

En définitive, l'anatomie du sarcome du grêle présente un assez grand polymorphisme, et il est difficile de porter un pronostic basé sur les constatations opératoires, car dans ce domaine des surprises restent toujours possibles.

Etude clinique

Aborder le problème de la symptomatologie des sarcomes du jéjuno-iléon est un travail délicat que l'on se doit d'entreprendre avec la plus grande circonspection. En matière de petit intestin en effet, non seulement il n'y a pas de symptôme spécifique, ce qui est somme toute assez banal, car c'est le lot d'un grand nombre de maladies, mais il n'y a pas non plus de tableau clinique caractéristique susceptible d'attirer l'attention sur l'organe, ce qui constitue déjà une lacune plus sensible. Il nous a donc paru logique dans un premier temps, d'entreprendre une véritable étude analytique des différents signes classés dans la mesure du possible par ordre de fréquence décroissante, puis dans un second temps de préciser leur durée d'évolution avant l'hospitalisation, et de tenter une ébauche de formes cliniques, non pas tellement sur le plan symptomatique, mais surtout en fonction de l'âge, le sarcome de l'enfant ayant une individualité bien particulière.

I) Au premier rang des différents symptômes qui peuvent annoncer une lésion sarcomateuse du grêle, figure :

A. — La douleur abdominale. Elle est en effet extrêmement fréquente, rencontrée en tant que signe le plus précoce dans les 3/4 des cas et même plus. Sur les 176 observations que nous avons colligées, nous la retrouvons 137 fois, soit dans 77 % des cas. La présence même de ce symptôme a en soi plus de valeur que ses caractères propres : en effet, son type, son intensité, son siège, son horaire, son allure évolutive, échappent à toute description et varient d'un malade à l'autre :

1° Le type même de la douleur ne mérite que quelques commentaires : il s'agit le plus souvent de crampes, parfois d'une simple sensation de pesanteur ou de tiraillements, entraînant plus un malaise abdominal qu'une véritable algie, exceptionnellement de brûlures.

2° L'intensité de la douleur est très variable, et tous les degrés peuvent se voir, depuis la simple gêne abdominale et la douleur de moyenne intensité, la plus fréquente, jusqu'au paroxysme aigu, imposant une thérapeutique antalgique rapide.

3° Le siège de la douleur mérite déjà plus de considérations, non pas qu'à lui seul il soit capable d'orienter sur le grêle, mais considéré dans un ensemble clinique et radiologique, dont l'étiologie reste imprécise, il peut constituer un argument de présomption.

a) CHANOINE cite les travaux de CHESTER JONES, contenus dans une monographie intitulée : « Digestive Tract Pain », où l'auteur essaie d'attribuer à chaque segment intestinal une zone superficielle de projection douloureuse. Il utilise pour cela le classique ballonnet monté sur sonde, qu'il gonfle à volonté : cette méthode expérimentale laisserait apparaître que le jéjunum et l'iléon supérieurs entraîneraient des douleurs épigastriques basses, sus-ombilicales, alors que l'iléon terminal souffrirait au-dessous et à gauche de l'ombilic. A ces données de l'expérimentation, CHANOINE préfère les données de la clinique, et son analyse portant sur 786 tumeurs malignes primitives du jéjunoléon, lui donne les résultats suivants :

— Les tumeurs du jéjunum supérieur s'extériorisent par un syndrome douloureux épigastrique dans 71 % des cas ;

— Les tumeurs du jéjunum inférieur, donnent une douleur péri-ombilicale dans 50 % des cas.

— L'iléon supérieur a une symptomatologie douloureuse épigastrique dans 40 % des cas.

— L'iléon inférieur souffre dans la fosse iliaque droite pour 40,5 % des cas, et dans la région sous-ombilicale, pour 23,5 % des cas.

— Enfin, l'auteur signale que 8 tumeurs réparties également sur le jéjunum et l'iléon, n'ont entraîné pour tout phénomène douloureux qu'une banale lombalgie.

b) Si l'on reprend les 137 sarcomes de notre étude où la douleur est présente, on s'aperçoit immédiatement qu'il est malaisé d'avoir une idée exacte sur la topographie de l'algie, le terme « douleur abdominale » étant utilisé dans 88 cas. Mais ce manque de précision n'a rien de surprenant quand on sait d'une part, les difficultés que comporte un interrogatoire même bien conduit, et d'autre part la variabilité de l'algie. Il n'en reste pas moins 49 observations où les auteurs ont bien précisé le siège du syndrome

douloureux, que celui-ci constitue ou non le motif de l'hospitalisation.

Ces 49 malades se répartissent en 5 groupes :

— Le premier groupe englobe 22 syndromes douloureux épigastriques, comprenant 16 jéjunum, 5 iléons et 1 forme diffuse. Si l'on veut bien se rappeler que nous avons réuni 64 sarcomes du jéjunum, on en déduit que 25 % de ceux-ci entraînent un syndrome douloureux épigastrique.

— Le deuxième groupe comprend 13 syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, affectant 11 iléons et 2 jéjunum, sans qu'on puisse en tirer de conclusion quelconque.

— Les 3 derniers groupes sont beaucoup moins importants :

7 malades reconnaissent des douleurs hypo-gastriques ;

3 des douleurs ombilicales et péri-ombilicales ;

3 encore des douleurs des hypocondres, dont 2 de l'hypocondre droit, et la dernière de tout le flanc gauche.

— Quant au 49^e malade, il présente des irradiations lombaires de son syndrome douloureux abdominal. Il faut noter à ce propos que le siège exclusivement lombaire haut ou bas de la douleur, est tout à fait exceptionnel.

Enfin, une des dernières particularités à signaler consiste dans les variations possibles du siège de l'algie au fur et à mesure de l'évolution : un malade de BOULVIN avec syndrome douloureux de la fosse iliaque droite a été appendicectomisé sans résultat, par la suite la douleur est devenue épigastrique, si bien que le diagnostic d'ulcère a été porté et n'a été redressé qu'à l'intervention.

En résumé, la douleur peut affecter n'importe quel territoire, son siège ne lui confère donc une certaine valeur que dans le cadre du contexte radio-clinique.

4° L'horaire de la douleur échappe à toute description :

a) Il peut être typiquement ulcéreux avec son caractère post-prandial tardif ou semi-tardif, l'algie pouvant être calmée par l'ingestion alimentaire ou les alcalins.

b) Mais la douleur peut revêtir un horaire tout différent :

— Soit permanente, gênant le malade du matin au soir ;

— Soit intermittente, procédant par accès isolés de courte durée, au cours d'une même journée, sans aucun rapport avec l'alimentation.

5° L'allure évolutive des phénomènes douloureux manque tout autant de spécificité ;

a) La périodicité de l'ulcère peut là aussi se rencontrer, entraînant une confusion bien légitime si l'on compare la fréquence de cette affection à celle du sarcome.

b) L'évolution par crise douloureuse de 3 à 4 jours, simulant la crise vésiculaire, est loin d'être exceptionnelle.

c) L'évolution au long cours sans période d'accalmie d'une douleur d'intensité moyenne peut également se rencontrer.

d) En définitive, c'est souvent le caractère ancien du syndrome douloureux (nous y reviendrons en étudiant la durée d'évolution générale des symptômes) qui est au premier plan chez un malade dans les antécédents duquel on relève volontiers plusieurs hospitalisations, sans qu'aucun diagnostic ferme ait été porté.

B. — La tumeur abdominale palpable représente une éventualité assez fréquente. Sur les 176 observations de notre étude, elle a été rencontrée 68 fois, soit 38 %, dont 51 hommes et 17 femmes. Entre 0 et 20 ans, nous la découvrons 15 fois sur un total de 28 observations, soit 57 %. Il reste donc 53 tumeurs palpables pour 148 adultes, soit 35 %. LECÈNE la met en évidence dans tous les sarcomes de l'enfant, et chez l'adulte il la constate cliniquement 48 fois sur 54 observations. FAULKNER et DOCKERTY dans une revue portant sur 33 sarcomes du jéjunum-iléon, la signalent 19 fois, soit dans 58 % des cas. CHANOINE cite le chiffre de 35 %, BERNSTEIN et WOO YOON CHEY sur 34 observations valables notent une masse dans 7 cas, soit environ 23 % (mais il faut rappeler que 4 Hodgkin du grêle sont inclus dans ces 34 observations, l'auteur ne précisant pas s'ils ont donné ou non une masse).

Cette tumeur palpable possède une certaine individualité du fait de caractères qualitatifs et topographiques qui lui sont propres :

1° Au nombre des caractères qualitatifs figurent :

a) Le volume de la masse qui est volontiers important, puisque la plupart des auteurs ont recours à des comparaisons telles qu'un poing, une grosse orange, ou une tête fœtale.

b) Sa consistance en général dure, bosselée et ferme, plus rarement fluctuante.

c) Son degré de fixité extrêmement variable, la mobilité étant de règle au début, mais disparaissant au fur et à mesure que se constituent les adhérences.

d) Son indolence qui est classique mais qui est loin d'être constante.

e) Enfin, bien que la tumeur soit en général unique, la palpation peut dans un certain nombre de cas révéler 2 ou 3 masses aisément isolables les unes des autres. Cette constatation est importante car elle implique une sanction thérapeutique différente.

2° Les caractères topographiques de la masse méritent d'être rapidement considérés :

a) Sur les 68 observations colligées dans la littérature, il y a d'abord 28 cas où le siège clinique de la tumeur n'est pas précisé. Il reste donc 40 dossiers utilisables qui se répartissent de la façon suivante :

- Fosse iliaque droite : 7 cas ;
- Fosse iliaque gauche : 5 cas ;
- Ombilicale et péri-ombilicale : 14 cas ;
- Hypocondre gauche : 7 cas ;
- Hypocondre droit : 1 cas ;
- Hypogastrique : 5 cas ;
- Epigastrique : 1 cas.

Il apparaît immédiatement que chez 32 malades le siège de la masse est médian ou abdominal gauche.

b) Si l'on s'attache maintenant au siège anatomique, nos 68 tumeurs palpables se partagent de façon assez homogène :

- 31 correspondent à des sarcomes de l'iléon ;
- 25 correspondent à des sarcomes du jéjunum ;
- 3 correspondent à des sarcomes diffus du jéjunum-iléon ;
- 2 correspondent à des sarcomes du diverticule de Meckel.

Dans les 7 cas restant le siège anatomique n'a pas été précisé.

c) Enfin, si l'on dresse un parallèle entre le siège clinique et le siège anatomique de la masse sarcomateuse, on aboutit aux constatations suivantes :

— Sur 31 sarcomes de l'iléon, le siège clinique de la tumeur est précisé seulement 15 fois :

- 6 masses de la fosse iliaque droite ;
- 2 masses de la fosse iliaque gauche ;
- 5 masses ombilicales ou péri-ombilicales ;
- 1 masse hypogastrique ;
- 1 masse de l'hyponcondre gauche.

— Sur 25 sarcomes du jéjunum, le siège clinique de la tuméfaction est précisé 16 fois :

- 1 masse de la fosse iliaque droite ;
- 3 masses de la fosse iliaque gauche ;
- 6 masses ombilicales ou péri-ombilicales ;
- 5 masses de l'hyponcondre gauche ;
- 1 masse hypogastrique.

Il semble donc qu'une tumeur de la région ombilicale ou péri-ombilicale puisse correspondre aussi bien à un sarcome iléal que jéjunal. La fosse iliaque droite reste bien entendu l'apanage de l'iléon, la fosse iliaque gauche abrite indifféremment iléon ou jéjunum, l'hyponcondre gauche étant le domaine presque exclusif du jéjunum.

C. — L'hémorragie intestinale se classe en troisième position dans notre cadre symptomatique. Quelques considérations sur sa fréquence paraissent nécessaires avant d'aborder l'étude des caractéristiques propres du saignement :

1^o Fréquence globale : sur les 176 observations de notre étude, elle est retrouvée 41 fois, soit dans 23 % des cas. Ce chiffre peut a priori paraître un peu faible, ce qui nous amène à faire l'état de deux rectifications importantes susceptibles de modifier le pourcentage d'une façon non négligeable :

a) La première rectification consiste à faire rentrer dans le cadre de ces hémorragies intestinales des observations où l'on a pu constater de façon certaine une anémie à 4 millions et au-dessous. Cette anémie n'est en effet que le témoin d'une spoliation hémorragique passée inaperçue parce que probablement intermittente. Treize malades reconnaissent les conditions ci-dessus, ce qui porterait à 54 le nombre d'hémorragies digestives, soit 30 % des cas.

b) La seconde rectification fait intervenir l'âge des malades. Sur nos 176 cas, nous trouvons 28 sujets de moins de 20 ans, dont aucun n'a présenté d'hémorragie intestinale patente, et dont un seul accuse une anémie en-dessous de

4 millions. Sur les 148 adultes restant, il y a donc 41 hémorragies digestives certaines, soit 28 %, et 53 hémorragies très probables (si l'on ajoute les 12 observations où l'anémie est indiscutable), soit 35 %. Les 28 enfants ou adolescents de notre statistique contribuent donc à minimiser l'hémorragie digestive qui reste un symptôme important puisque présent dans le tiers des sarcomes de l'adulte.

Ces données sont en opposition avec les conclusions de LECÈNE qui considère l'hémorragie intestinale rarissime dans les sarcomes du grêle : 1 seul cas sur 54 observations. CHANOINE apporte quand à lui une note toute différente, puisqu'il estime à 70 % le nombre d'hémorragies occultes, avec cette réserve que ce chiffre englobe toutes les tumeurs malignes primitives du petit intestin.

2° Fréquence en fonction du type histologique : dans ce cadre, on s'aperçoit que la plupart des auteurs citent le léio-myo-sarcome comme le plus grand pourvoyeur d'hémorragies. HORSLEY et MEANS dans une revue relativement récente, font état de 47 hémorragies intestinales sur 72 léio-myo-sarcomes du grêle, soit 65,3 %. Notre statistique ne fait que confirmer cette manière de voir : nos 54 hémorragies comprennent 25 léio-myo-sarcomes, 15 lymphosarcomes, 4 fibro-sarcomes, 3 réticulosarcomes, et 7 cas d'histologie indéterminée. Nous pouvons donc avancer 25 léio-myo-sarcomes hémorragiques sur un total de 44 sarcomes de ce même type, soit 56 %.

3° Fréquence en fonction du sexe : Il nous est apparu une certaine relation entre sexe et hémorragie intestinale. Nous comptons en effet 34 hommes et 20 femmes dans notre statistique ; nos 176 sarcomes comprenant en tout 53 femmes, on s'aperçoit que le tiers de celles-ci dévoilent leur affection par une hémorragie.

4° Fréquence en fonction du siège : nos 54 hémorragies ont compliqué 27 sarcomes jéjunaux, 22 sarcomes de l'iléon, 1 sarcome du diverticule de Meckel, 1 forme diffuse, et 3 localisations non précisées. Ces chiffres compte tenu de la fréquence plus grande du sarcome iléal, semblent donner un avantage certain au jéjunum.

5° Les caractéristiques de l'hémorragie digestive nous conduisent à étudier d'abord son type puis son allure évolutive :

a) Le type de l'hémorragie est variable :

— Le mœléna est la forme la plus volontiers rencontrée, il est visible macroscopiquement ou décelé par les

Weber en série dans les selles. Nous l'avons mis en évidence dans 38 observations.

— L'hémorragie intestinale de sang rouge a été signalée dans 2 cas, alternant avec le mœléna.

— L'hématémèse a été notée dans 2 observations où il s'agissait bien entendu de localisation jéjunale.

— Restent enfin les 13 observations avec anémie en-dessous de 4 millions où l'hémorragie intestinale est très probable, mais non prouvée de façon certaine.

b) L'allure évolutive de l'hémorragie offre à considérer 3 points particuliers :

— En premier lieu, son caractère unique ou au contraire récidivant : chez 7 malades, le saignement s'est reproduit de façon plus ou moins rapprochée, et l'histoire clinique de certains d'entre eux a été émaillée pendant plusieurs années de ces accidents hémorragiques.

— En second lieu, l'importance de la spoliation : hormis les cas à récidence rapprochée, nous ne possédons que 3 observations où la perte sanguine a été d'emblée sévère : 2 hématémèses et 1 hémorragie intestinale massive s'étant reproduite à 2 reprises.

— En dernier lieu enfin son caractère de symptôme isolé ou surajouté à d'autres manifestations cliniques : 16 de nos 41 malades ont une hémorragie isolée sans douleurs abdominales dans leurs antécédents, symptôme que l'on retrouve chez les 25 autres ; 3 seulement de nos 13 anémiques n'ont aucun passé douloureux abdominal.

Ces quelques considérations nous permettent de dire que l'hémorragie intestinale reste un symptôme important, et que l'on ne saurait parler d'hémorragie cryptogénétique sans avoir préalablement exploré à fond le jéjuno-iléon.

D. — Les troubles de l'état général ont une fréquence sensiblement parallèle à celle de l'hémorragie digestive :

1° Amaigrissement, asthénie et anorexie ont été rencontrés dans 48 observations associés le plus souvent à des douleurs abdominales ou à des troubles digestifs. Cependant, chez 4 malades, cette altération de l'état général existait de façon isolée. Le sexe, le type histologique, et la localisation, ne semblent avoir guère d'incidence sur ces troubles. CHANOINE retrouve l'amaigrissement dans 81 % des observations de tumeurs malignes primitives du jéjuno-iléon et notamment dans les sarcomes.

2° La température a été découverte chez 30 sujets. 9 de ceux-ci associant pyrexie et amaigrissement. Il reste donc 21 observations où la température est associée à des douleurs abdominales, parfois des vomissements, ou même un tableau péritonéal aigu. Ces 21 observations méritent de s'ajouter aux 48 précédentes, ce qui porterait à 69 le nombre de malades ayant présenté une altération quelconque de leur état général. A noter enfin que parmi les 30 malades fébriles, il y a 12 cas où l'intervention révèle une perforation et 1 seul cas où elle met en évidence un hémopéritoine.

E. — Les troubles digestifs peuvent constituer les signes révélateurs du sarcome du grêle.

1° Les vomissements sans signe d'occlusion sont rencontrés 35 fois ; ils s'associent volontiers aux douleurs abdominales et évoluent pour la plupart de façon intermittente.

2° Les troubles du transit sont notés dans 29 observations :

- 7 fois il s'agit de constipation ;
- 16 fois de diarrhée ;
- 6 fois d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Parmi ces 29 malades comportant des troubles du transit, il y en a 7 qui accusent de plus des vomissements. Si l'on considère les troubles digestifs dans leur ensemble quel que soit leur type, on dénombre au total 57 malades sur 176 observations, soit environ un tiers des cas.

Ces chiffres sont loin d'être en accord avec ceux avancés par CHANOINE pour les tumeurs malignes primitives du jéjuno-iléon. Cet auteur considère la constipation comme présente dans 67 % des cas, l'alternative de diarrhée et de constipation dans 12 %, la diarrhée isolée dans 2 %. Mais il faut bien dire qu'une telle estimation ne peut avoir de valeur que si l'interrogatoire a été minutieusement conduit chez tous les malades, ce qu'il nous a été impossible de contrôler bien entendu.

Signalons que dans nos 8 observations personnelles nous ne relevons qu'un seul cas où diarrhée et vomissements ont été notés.

F. — L'occlusion intestinale aiguë est parfois l'accident à l'occasion duquel le sarcome fait sa preuve. En effet, elle est exceptionnellement rencontrée en tant que

symptôme initial, et la plupart du temps l'interrogatoire de ces malades révèle un passé douloureux abdominal, le plus souvent discret, et n'ayant pas de ce fait retenu l'attention ; ou encore l'occlusion a été précédée d'une période d'altérations progressive de l'état général, qui a pu elle aussi passer inaperçue.

Nos 176 observations comprennent 30 cas où le tableau clinique a été celui de l'occlusion aiguë du grêle. Plus de 50 % de ces malades font état d'un passé douloureux abdominal antérieur. Nous comptons cependant 7 observations où les auteurs ne font pas mention de signes prémonitoires avant le syndrome occlusif, pas plus d'ailleurs qu'ils ne l'interprètent comme le premier symptôme. Mais ces 7 cas sont pour la plupart résumés de façon assez schématique, et l'on ne peut en conséquence les retenir d'une manière définitive.

Enfin, il nous a semblé que le sexe féminin était plus exposé à cette complication : nous relevons en effet 15 femmes et 15 hommes parmi nos malades. En ce qui concerne l'âge, 12 sujets ont moins de 30 ans, 8 plus de 60 ans ; il semble donc que l'occlusion soit plus fréquente aux deux extrêmes de la vie.

G. — La péritonite aiguë est déjà beaucoup moins fréquente puisque nous l'avons rencontrée seulement 17 fois. Si l'on veut bien se rappeler que nous avons pu réunir 35 observations, où la perforation a été découverte à l'examen de la pièce opératoire, on est immédiatement frappé par le fait qu'un certain nombre de perforations ne s'extériorise pas cliniquement par un syndrome péritonéal aigu. Trois de ces 17 malades (observations N^{os} 6, 58 et 99) ne signalent aucun antécédent pathologique et il paraît bien que chez eux la péritonite ait été vraiment le symptôme initial, de l'avis même des auteurs qui ont publié leurs cas. 15 malades sur 17 ont plus de 30 ans, il semble donc que le sarcome de l'enfant ou de l'adolescent ne se dévoile presque jamais par un syndrome péritonéal aigu.

Deux observations méritent une mention particulière :

— Celle de BRADMORE où le tableau péritonéal a récidivé quelques mois après l'intervention, et une 2^e laparotomie a mis en évidence une deuxième perforation.

— Celle de WILKIE, où trois tableaux de péritonite aiguë se sont succédés et qui reste unique à notre connaissance.

Enfin, à ces 17 observations de péritonite, nous croyons devoir ajouter 2 de nos malades personnels où le tableau péritonéal n'a pas été la cause de l'hospitalisation, mais est survenu à titre de complication terminale.

— L'un se présentait comme une tumeur abdominale avec métastases sous-cutanée axillaire sus-claviculaire et médiastinales interdisant toute cure chirurgicale. Il mourut au milieu d'une scène péritonéale aiguë, la vérification malheureusement impossible n'ayant pu apporter la preuve formelle de la perforation.

— L'autre présentait un syndrome type Kœnig, le chirurgien réséqua un lymphosarcome jéjunal et deux mois plus tard l'exitus survint dans un tableau de péritonite aiguë.

II. — Après cette revue analytique des différents symptômes dont certains peuvent être considérés comme signes d'appel, alors que d'autres font déjà figure de complications, un bref aperçu synthétique semble indispensable. C'est ainsi que dans un premier temps nous préciserons leur durée d'évolution avant l'hospitalisation, puis dans un second temps, nous nous efforcerons de signaler quelques groupements symptomatiques particuliers pour terminer par quelques remarques concernant les sarcomes en fonction de l'âge.

A. — La durée d'évolution des symptômes avant l'hospitalisation est des plus variables. Sur les 176 observations que nous avons pu étudier, seulement 149 sont utilisables à ce point de vue :

1° Le début clinique remontant à moins d'un mois est noté dans 28 observations parmi lesquelles il y a 16 sujets qui sont malades depuis moins d'une semaine.

2° Le groupe le plus important voit ses troubles remonter entre 1 et 6 mois : 55 malades rentrent en effet dans cette catégorie.

3° Entre 6 mois et 1 an, on ne compte que 19 malades : entre 1 et 2 ans : 18.

4° Par contre, au-delà de 2 ans, on retrouve 29 observations et il n'est pas exceptionnel de voir des malades dont le début clinique remonte à 4 ans et plus : la plupart de ceux-ci ont été hospitalisés à de nombreuses reprises et dans des hôpitaux différents où les diagnostics les plus divers ont été portés.

En fonction de ces données, on peut dire qu'en présence d'un malade ayant un long passé pathologique d'ordre digestif, sans étiquette précise, il faille rechercher en premier lieu la lésion du grêle. L'étude de ce segment intestinal n'est pas entrée encore dans la pratique courante, non seulement à cause de difficultés techniques, mais aussi parce que l'idée d'un grêle pathologique ne se présente malheureusement pas assez souvent à l'esprit.

B. — Certains groupements symptomatiques méritent qu'on leur consacre quelques commentaires, car ils peuvent réaliser des formes cliniques dont bien peu malheureusement sont évocatrices.

1° L'association tumeur abdominale palpable-hémorragie intestinale est loin d'être fréquente, mais lorsqu'on la trouve elle est assez caractéristique. Sur les 68 malades dont l'examen révèle une masse abdominale, 17 seulement sont porteurs d'hémorragie, ce qui ne constitue qu'un bien faible pourcentage. Mais si au lieu de s'intéresser à l'association tumeur palpable-hémorragie chez un même malade, on considère ces deux symptômes séparément, on constate que sur les 176 sarcomes de notre étude, 105, soit 59 %, se révèlent par l'un ou l'autre de ces signes.

2° L'association douleur épigastrique-hémorragie intestinale est encore plus rare : 8 malades sur 22 syndromes douloureux épigastrique ont un méléna ou une anémie en-dessous de 4 millions. Ces deux symptômes orientent immédiatement vers l'ulcère gastro-duodénal, mais si les radiographies de ce segment digestif demeurent obstinément normales, il faut diriger les recherches sur le jéjunum.

3° Enfin, les crises sub-occlusives à répétition, qu'elles revêtent ou non l'allure d'un syndrome de Kœnig, doivent conduire à explorer minutieusement le jéjuno-iléon si le gros intestin s'avère normal.

C. — Si les formes symptomatiques du sarcome du grêle sont relativement pauvres et somme toute de peu d'intérêt, il n'en est pas de même des formes selon l'âge :

1° La forme de l'adulte ne nous retiendra pas car c'est elle qui a essentiellement servi de base à notre étude clinique. Rappelons cependant qu'elle garde l'apanage de l'hémorragie intestinale.

2° La forme de l'homme âgé (au-delà de 65 ans) ne mérite que peu de remarques. Nous avons pu réunir 30

observations : 11 malades présentent une tumeur palpable, 10 ont une hémorragie, 6 accusent des manifestations occlusives ou sub-occlusives, 4 un tableau péritonéal aigu. Enfin, 1 observation mérite d'être signalée du fait de son originalité, et de son caractère exceptionnel : WEST et WRIGHT (Observ. n° 60) ont rapporté en 1948 le cas d'un homme de 66 ans, présentant une tumeur ulcérée des 2 pieds de type fongöide et qui 4 mois et demi seulement après l'apparition de ces tumeurs a vu s'installer un syndrome douloureux épigastrique avec vomissements. L'intervention révéla un lymphosarcome perforé du jéjunum et la biopsie de la tumeur cutanée confirma sa similitude histologique.

3° La forme de l'enfant est assez caractéristique au point de vue clinique : nous avons pu réunir 28 cas en-dessous de 20 ans, comprenant 18 enfants du sexe masculin et 10 du sexe féminin. Il apparaît immédiatement que l'hémorragie ou la péritonite ne sont presque jamais rencontrées (citons cependant la malade de MONHEIT, âgée de 7 ans et demi avec une anémie à 3.400.000 et celle de COWDELL, âgée de 19 ans, avec une contracture généralisée). Les deux symptômes majeurs restent la masse abdominale qui est retrouvée 15 fois, et l'occlusion intestinale présente 10 fois ; mais dans le cadre de ces 10 occlusions, 3 des petits malades avaient en plus une tumeur palpable ; il reste néanmoins 22 enfants dont le sarcome se révèle par une occlusion ou par une tumeur.

Au terme de cette étude clinique, on peut conclure que si la douleur abdominale reste le symptôme le plus précoce, l'hémorragie intestinale et la masse abdominale palpable revendiquent une place de choix et doivent être considérées comme évocatrices du sarcome du jéjunum-iléon.

Diagnostic

Devant le caractère polymorphe de la symptomatologie d'une lésion sarcomateuse du grêle, on est en droit d'espérer que les examens para-cliniques vont constituer des bases plus solides, permettant d'étayer le diagnostic de façon indiscutable. Cet espoir repose entièrement sur la radiologie, car les autres méthodes dont on dispose, qu'il s'agisse des Weber dans les selles ou de l'examen hématologique, ne peuvent apporter que des renseignements indirects, susceptibles tout au plus de faire considérer la lésion du grêle comme probable au cours d'un contexte clinique bien déterminé : tout malade présentant des douleurs abdominales ou des troubles digestifs quelconques, qui ne peuvent être mis sur le compte d'une affection vésiculaire, gastrique, ou du gros intestin, doit subir un inventaire minutieux de son jéjuno-iléon.

I. — L'étude radiologique de ce segment intestinal constitue donc la base essentiel du diagnostic. Après avoir passé en revue les différentes techniques utilisées et analysé les images obtenues dans les sarcomes, nous préciserons en fonction de notre statistique la valeur de la radiologie en tant qu'appoint diagnostic.

A. — La radiographie du grêle sans préparation n'a que des indications limitées. Seul un syndrome abdominal aigu la justifie et dans ce cas elle peut permettre non seulement d'affirmer l'occlusion, mais parfois d'en préciser le siège.

B. — La radiographie après préparation du malade mérite qu'on s'y arrête plus longuement, car la technique de cet examen est l'une des plus discutées, et les images obtenues demandent à être interprétées de très près. Nous envisagerons successivement les différentes méthodes d'opacification, l'intérêt éventuel de divers procédés classiques en radiologie, telle que la compression ou les modi-

ficateurs du comportement, enfin les images obtenues dans les sarcomes et les quelques problèmes de diagnostic différentiel qu'elles sont susceptibles de poser.

1° Les méthodes d'opacification varient avec les auteurs, cependant quelle que soit la technique utilisée, la bouillie opaque doit être préparée avec de la poudre de sulfate de baryum la plus fine et la plus pure possible, mélangée à de l'eau ordinaire jusqu'à obtention d'une consistance liquide.

a) La méthode la plus ancienne est celle qui consiste à faire absorber en une fois une quantité de baryte identique à celle que l'on donne pour des radiographies gastroduodénales. Mais la superposition des anses et le tassement de la substance opaque dans le pelvis doivent faire rejeter ce procédé.

b) La technique des repas fractionnés de PANSDORFF se propose de donner la bouillie par prises successives de 30 cm. cubes toutes les 10 minutes pendant 1 heure. Elle a été modifiée par PRÉVOST et DE BUSSCHER qui administrent 80 cm. cubes de substance opaque en 3 prises : 2 heures avant, 1 heure avant, et au moment de commencer l'examen. Ces méthodes ont l'inconvénient d'opacifier en même temps toutes les anses grêles, ne mettant pas à l'abri des superpositions. Elles ont par contre l'avantage de pouvoir être réalisées correctement dans le cadre de l'horaire matinal des services hospitaliers français.

c) La technique utilisant de très petites quantités de baryum (3 à 4 cuillerées à café) est défendue entre autres par CHÉRIGIÉ et M^{me} PRADEL-RAYNAL. Ces auteurs affirment obtenir de la sorte une analyse très poussée de la muqueuse et insistent sur le caractère inoffensif d'un tel procédé en cas d'occlusion ou de sub-occlusion. Cette méthode donne en général une bonne imprégnation jéjunale, mais elle n'est pas exempte d'inconvénients : la dilution de la baryte dans le liquide de stase empêche le moulage de la paroi et l'on risque ainsi de passer à côté de la lésion. Par ailleurs, lorsque la baryte atteint l'iléon la progression devient extrêmement lente et il survient une fragmentation.

d) L'opacification par l'intermédiaire d'une sonde duodénale ou par un tube de Miller-Abott a pu donner à certains auteurs des résultats intéressants. CHÉRIGIÉ rejette formellement ce procédé, le considérant pénible pour le malade et tout à fait antiphysiologique : en effet, il entraînerait une inondation totale de la fin du jéjunum

et de l'iléon « véritable lavement du grêle », selon l'expression même de cet auteur qui rend les clichés ininterprétables. Cependant, PORCHER pense que cette méthode par sonde peut garder quelques indications et notamment lorsqu'on veut opacifier un segment intestinal bien localisé, que le transit classique du fait d'un chevauchement ou d'une mauvaise réplétion n'a pas permis d'étudier convenablement.

e) Nous sommes partisan d'une méthode qui se situe à mi-chemin entre celle que défend CHÉRIGIÉ et celle qui consiste à faire absorber au malade la dose classique d'une radiographie d'estomac. Cette méthode consiste à donner seulement le tiers d'une dose gastrique, le malade est suivi régulièrement, le premier cliché est tiré 15 minutes après, les suivants toutes les 30 minutes. La jonction iléo-cæcale est atteinte en moyenne en 5 à 6 heures, parfois plus, parfois moins. Si le besoin s'en fait sentir on peut faire absorber au malade une deuxième dose identique deux ou trois heures après la première.

f) Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner en radio-cinématographie un malade atteint de sarcome du jéjunum, mais il est certain que grâce à l'amplificateur de brillance cette technique peut rendre actuellement de grands services dans la radiologie du grêle, soit au cours d'un examen radioscopique, soit en filmant directement l'écran radioscopique, soit en utilisant le relai de la télévision.

2° L'utilisation de certains artifices techniques peut être très utile dans certains cas :

a) La compression est extrêmement précieuse pour le dépistage des lésions de l'angle duodéno-jéjunale et du début du jéjunum, souvent masquées par la superposition du fond gastrique. On peut également se débarrasser de cette superposition gênante soit par une incidence oblique, soit par le simple décubitus dorsal, soit par la manœuvre de Trendelenbourg. Quoi qu'il en soit, la compression est intéressante pour objectiver la fixité de l'aspect pathologique, et pour détailler certaines images muqueuses de caractère douteux.

b) Les modificateurs de comportement sont de deux ordres :

— Physiques, représentés par la méthode des boissons glacées isotoniques de Wintraup et Williams qui accélèrent le transit, réduisant à 1 heure la durée de l'examen.

— Chimiques au premier plan desquels se place la prosligmine et le sorbitol (PORCHER et CAROLI), qui détermi-

nent une hypertonicité et une hyperkinésie surtout marquées au niveau de l'iléon. Mais ces 2 produits restent sans action dans 50 % des cas environ, les résultats qu'on peut en attendre sont donc d'emblée limités. Quant à la morphine et à l'atropine, elles ne sont plus guère employées actuellement.

CHÉRIGIÉ rejette formellement ces modificateurs de comportement, parce qu'en accélérant le transit, ils lui paraissent créer artificiellement certains aspects apparemment normaux, et qui pourraient comporter en réalité un état pathologique. Cet auteur ne les emploie que devant une stagnation de la baryte dans une des dernières anses iléales, le transit iléal étant par ailleurs presque achevé.

Nous avons pour notre part tendance à utiliser une baryte glacée (le tiers d'une dose gastrique bien entendu) qui a l'avantage de raccourcir le temps du transit sans modifier les images radiologiques. Par ailleurs, en cas de stase iléale, nous recourons à deux procédés : soit administration d'un second repas (baryté ou non), soit injection de prostigmine que nous réservons de préférence à l'étude de la région iléo-cæcale. Ces techniques susceptibles peut-être de modifier certains aspects fonctionnels du grêle, ne changent absolument pas les images morphologiques.

3° Les images radiologiques du sarcome obtenues à l'aide de ces diverses méthodes, possèdent plusieurs caractères que nous croyons utiles d'analyser en détail. On peut schématiquement les ramener à 5 :

- Infiltration et fixité de l'anse malade ;
- Modifications de son calibre ;
- Modifications du relief muqueux ;
- Caractère non homogène de l'opacité ;
- Caractère localisé de l'image.

a) L'attention est attirée en premier lieu par la fixité et la rigidité d'une anse ou d'un segment d'une anse, contrastant avec le caractère extrêmement mouvant des détails morphologiques des anses voisines saines. Cette image particulièrement évocatrice en cinématographie, traduit l'infiltration d'un segment intestinal rigidifié au contact d'un processus tumoral.

b) Les modifications du calibre de l'anse malade représentent le second caractère distinctif ; elles sont assez variables :

— Dans la grande majorité des cas il n'y a pas de rétrécissement au niveau de la lésion ni distension sous-jacente.

— Dans quelques observations, on observe un élargissement du calibre pouvant aller jusqu'à la forme pseudo-anévrysmale, ou même un défilé filiforme avec dilatation sus-stricturale.

c) La disparition du relief muqueux constitue le troisième critère radiologique et ne fait qu'extérioriser la perte de la souplesse et du péristaltisme de l'anse. On est frappé par la stricte superposition de tous les détails des contours de l'image d'un film à l'autre. Il n'y a plus trace du plissement muqueux normal, remplacé par une alternance d'encoches marginales et d'aspérités anfractueuses réalisant une image de « flaque » à contours irréguliers et polygonaux d'allure assez suggestive. Mais dans certains cas la superposition d'une anse normale accolée simule la conservation des plis, d'où la nécessité de films en oblique et sous compression, pour dissocier les deux images.

d) L'aspect non homogène de l'opacité s'inscrit comme 4^e critère : elle peut être assez dense, mais souvent plus pâle par suite d'un mélange de liquide de stase à la baryte. Les films en couches minces peuvent révéler des empreintes plus ou moins arrondies, évoquant l'idée de bourgeons néoplasiques.

e) Le caractère localisé de l'image représente le 5^e trait radiologique du sarcome. Celle-ci s'étend sur 5 ou 10 cm. au maximum et il n'y a aucune transition entre l'image en flaque et le grêle normal. Si le sarcome à localisations multiples est bien connu du chirurgien, par contre, il peut arriver que la seconde ou la troisième tumeur soit méconnue sur les films, rappelons à ce sujet le malade de BONNIOT, BONNET-EYMARD et CHATTON, porteur de 3 néoformations jéjunales, dont 2 atteignent la taille d'un œuf de poule et dont une seule fut visible radiologiquement. Il est à noter enfin que dans l'observation de double localisation que nous relatons (observ. n° 8) et dans une autre non rapportée faute d'histologie, les deux masses néoplasiques étaient voisines l'une de l'autre, bien que séparées par plusieurs anses saines. Ce voisinage illustre bien les problèmes posés par ces localisations multiples dont nous avons touché un mot au chapitre de l'anatomo-pathologie.

f) A côté de ces 5 signes radiologiques assez caractéristiques, on peut observer dans un petit nombre de cas une image de sténose en ficelle réalisant un aspect de rétrécissement infundibulaire, sans caractère spécifique.

4° Il est intéressant au terme de cette étude analytique de voir comment se présente radiologiquement le diagnostic de sarcome du jéjuno-iléon.

a) Il est des cas où celui-ci se discute devant une sténose aiguë du grêle. Il est certain qu'il n'existe pas de critère radiologique permettant en face d'une image occlusive avec distension aérique, ou niveaux liquides, de préciser la nature de l'obstacle, et c'est à la clinique qu'on demandera d'étayer l'hypothèse de sarcome plutôt que celle de bride, ou même d'occlusion d'autre nature.

b) L'image du sarcome telle que nous l'avons décrite est-elle suffisamment spécifique pour autoriser un diagnostic de certitude ?

— Il faudra d'abord la différencier des images réalisées par de simples troubles fonctionnels dont la caractéristique est la variabilité sur les films successifs. Mais le problème peut se compliquer du fait qu'une lésion organique telle qu'un sarcome peut être masquée par un tableau d'insuffisance fonctionnelle du grêle avec fragmentation de la baryte, éparpillement, dilution du produit de contraste.

— Il faut ensuite éliminer les altérations du transit réalisées par des processus extra-intestinaux : brides et adhérences, péritonite localisée, compression, voire envahissement par une tumeur de voisinage. Les occlusions par brides ne donnent jamais l'image d'infiltration d'une anse telle que nous l'avons décrite plus haut, mais peuvent être responsables d'une sténose en ficelle. Celle-ci présente évidemment un caractère de fixité au moins égal à celui d'un sarcome ; mais lorsque l'image se déplace d'un film à l'autre, comme ce fut le cas dans notre observation personnelle n° 4, il s'agit d'un élément plaidant plus en faveur du sarcome que de l'adhérence. Un problème pratiquement insoluble peut être réalisé par l'envahissement du grêle au cours d'une lymphosarcomatose mésentérique, d'une maladie de Hodgkin, ou même d'un processus néoplasique voisin. L'association d'une image d'infiltration pariétale et d'un « vide » (réalisé par une masse refoulant excentriquement les anses jéjuno-iléales) ne permet pas de dire s'il s'agit d'un sarcome du grêle avec tumeur ganglionnaire mésentérique, ou d'un envahissement de ce même petit intestin par un processus mitotique de voisinage.

— Les aspects de jéjunite ou d'iléite exceptionnels dans nos régions, peuvent s'extérioriser par des images qui ne sont pas tellement différentes de celles du sarcome. Le diagnostic en est fait généralement sur la longueur de l'anse atteinte (plus grande que dans une lésion sarcomateuse) et parfois sur le caractère inflammatoire de la muqueuse de voisinage. L'aspect radiologique serait peut-

être plus variable dans le temps que celui du sarcome. Les localisations multiples de telles images ne constituent pas un élément de diagnostic différentiel, nous avons déjà insisté en effet sur l'existence possible de sarcome à double localisation.

— L'hésitation n'étant guère permise entre tumeur bénigne et tumeur maligne, reste à discuter le problème diagnostic entre sarcome et épithélioma. Dans la grande majorité des cas, l'image du sarcome telle que nous l'avons décrite est suffisamment caractéristique pour qu'un diagnostic de probabilité de cette lésion puisse être porté à la simple lecture des films. Mais elle n'est cependant pas pathognomonique ; elle peut être réalisée par certains épithéliomas et inversement l'image de certains sarcomes peut être calquée sur celles des épithéliomas (sténose en virole ou filiforme).

c) De ces quelques problèmes de diagnostic radiologique, il faut donc retenir 2 points particulièrement important :

— En premier lieu la grande difficulté du diagnostic étiologique à la lecture des clichés : trancher entre iléite et formation tumorale, sarcome et épithélioma, peut être extrêmement délicat et dans certains cas impossible.

— En second lieu, la méconnaissance éventuelle de l'image, écueil autrement grave, et qui constitue le véritable problème ; la discussion quant à la nature de cette image importe peu en regard de sa découverte. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à demander un transit devant une symptomatologie digestive où les radiographies vésiculaire, gastrique et colique, sont normales. Il faut savoir recommencer un transit lorsque certains segments se trouvent « sautés », lorsqu'il existe des superpositions, ou lorsque les troubles fonctionnels en gênent la lecture. Enfin, lorsqu'au cours d'un transit standard une image a retenu l'attention, il faut refaire un examen centré sur celle-ci avec radiographies en série, compression dosée, films cinématographiques si possible. Ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra faire des diagnostics plus fréquents et plus précoces de sarcome jéjuno-iléal.

C. — Dans l'état actuel de nos connaissances, le transit baryté est donc seul susceptible d'apporter une véritable certitude diagnostic, mais les difficultés que rencontre sa réalisation explique que les films standard ne soient pas toujours d'une qualité irréprochable et puissent de ce fait passer à côté d'un processus tumoral authentique. Et par ailleurs, la clinique peut être à ce point trompeuse,

que l'éventualité d'une exploration radiologique du jéjuno-iléon ne se présente même pas à l'esprit. Pour fixer les idées, nous croyons utile de préciser la valeur diagnostique réelle de la radiologie telle qu'elle paraît se dégager de l'étude de nos 176 observaitons : dans 46 cas, elle a permis de soupçonner une maladie du grêle ; dans 16 de ces 46 cas, la nature de l'affection du jéjuno-iléon n'a pu être précisée ; alors que chez 30 malades le diagnostic de tumeur du grêle a été posé ; 13 fois seulement les auteurs ont parlé de sarcome dès l'examen radiologique. Mais ce chiffre de 46 malades sur 176 ne reflète que très infidèlement la valeur diagnostique réelle de la radiologie ; en effet nos 176 malades n'ont pas tous été examinés par transit baryté : les 17 tableaux péritonéaux aigus auxquels on peut adjoindre les 31 occlusions, soit 48 malades, n'ont pu bénéficier d'une étude radiologique approfondie du grêle. Il reste donc que chez 46 sujets sur un total de 128 qui ne sont pas des urgences abdominales, la radiologie a permis de suspecter une affection du jéjuno-iléon. Ainsi dans un peu plus du tiers des sarcomes du grêle de notre statistique où il n'y a pas d'impératif chirurgical immédiat, le diagnostic est assuré par le transit baryté.

Cependant, si l'on s'en tient à nos 8 observations personnelles, dont 7 seulement sont utilisables (1 de nos malades n'a été vu en effet qu'au stade métastatique), 5 fois le grêle a été incriminé : 4 fois on a porté le diagnostic de tumeur maligne, et chez 2 de ces malades on s'est cru autorisé à parler de sarcome sur l'aspect radiologique. Dans le 5^e cas, le diagnostic était celui de sténose du grêle. En ce qui concerne les 2 derniers malades, l'un est resté sans diagnostic, l'autre avec celui de cancer abdominal infecté. Si l'on en croit divers auteurs, le pourcentage de découverte radiologique des tumeurs du grêle est très variable : 59 % pour KEATS, 85 % des tumeurs jéjunales contre 67 % seulement des tumeurs iléales pour WEBER et KIRKLIN. En 1955, PORCHER pense que le diagnostic radiologique est fait dans 50 % des cas.

II. — Quant aux autres examens para-cliniques, ils restent au second plan par rapport à la radiologie.

A. — La réaction de Weber dans les selles pour objectiver une hémorragie occulte conserve néanmoins une grande valeur à la condition que les précautions d'usage soient respectées et que l'absence de diathèse hémorragique chez le malade soit dûment constatée. Cette réaction

est d'autant plus intéressante qu'on se trouve en présence d'une anémie isolée puisqu'elle permet d'affirmer l'origine digestive de la spoliation sanguine. Selon CHANOINE, elle serait positive dans 70 % des tumeurs du grêle, selon PATTERSON dans 50 % seulement.

L'épreuve du fil de soie (BOUVERET, EINHORN) remise en pratique à Lyon par le Professeur LEVRAT permet dans une certaine mesure de préciser le lieu du saignement, ce qui peut être très intéressant en présence d'un mœlœna isolé où les investigations radiologiques du tube digestif restent peu concluantes. Le patient avale un fil de soie ou de lin d'une longueur de 80 cm., lesté d'un plomb et portant des repères situés à 40 et 55 cm. des arcades dentaires (cardia et pylore). Ce fil, dont l'extrémité orale est fixée à la joue du malade, est laissé en place toute une nuit dans le tube digestif ; après l'avoir retiré, on pratique sur toute sa hauteur la réaction de Weber.

Enfin, la pyxigraphie préconisée par PERRENOUD permettrait grâce à des capsules télécommandées d'obtenir du liquide intestinal à différents niveaux et de localiser ainsi l'origine du saignement.

B. — L'examen hématologique peut amener des renseignements divers :

1° L'anémie isolée n'est pas exceptionnelle comme nous l'avons vu au chapitre clinique. Elle est hypochrome, microcytaire, ferriprive, et correspond à un état post-hémorragique et non à des troubles d'absorption du fer au niveau du grêle. L'hypochromie serait d'ailleurs la manifestation la plus constante et selon CHANOINE 71 % des tumeurs du grêle ont un taux d'hémoglobine en-dessous de 70 %.

2° La leucocytose sanguine est assez volontiers rencontrée. Sur 47 observations où le chiffre de G. B. est précisé, 26 fois il est au-dessus de 10.000. Cette leucocytose, quand elle existe, s'accompagne en général de polynucléose neutrophile, beaucoup plus rarement d'éosinophilie. Signalons cependant l'observation de KOCAGLU avec 12 % d'éosinophile, et celle de IRVINE et JOHNSTONE où ces éléments atteignaient 80 % de la formule.

3° Enfin des modifications sanguines de type leucémie ont pu être rapportées mais de façon exceptionnelle. Dans l'une de nos observations personnelles, l'hémogramme pratiqué 5 jours avant la mort découvre 38.600 globules blancs, alors qu'il avait été toujours normal antérieurement. Le

point de départ de cette leucosarcomatose est souvent difficile à préciser : le sarcome primitivement mésentérique peut en effet envahir secondairement un segment du grêle ; et la question n'est pas résolue de savoir si le passage dans le sang d'éléments lymphoïdes se fait directement ou par transformation irritative leucémique de la moelle.

4° Quant au médullogramme dont on conçoit l'utilité devant une température ou une anémie isolée, il peut être strictement normal ou révéler une activité érythroblastique intense.

C. — La laparoscopie ne semble quant à elle présenter aucun intérêt pour le diagnostic.

D. — Devant la pauvreté des renseignements fournis par ces examens paracliniques la biopsie-radiothérapie préconisée par CHONT dès 1941, a eu son heure de succès. Véritable test radio-clinique, la méthode consiste à appliquer sur la tumeur abdominale une dose d'environ 200 r. qui en 72 heures ferait notablement diminuer la masse à condition qu'il s'agisse d'un lymphosarcome. On ne peut plus accorder actuellement à ce procédé une valeur importante en tant que moyen diagnostic, car un certain nombre de masses abdominales de nature sarcomateuse n'ont pas été influencées par la radiothérapie, et bien entendu il est des sarcomes sans masse perceptible.

III. — Enfin, il reste un dernier moyen capable d'assurer le diagnostic, c'est la laparotomie exploratrice.

A. — Dans un premier groupe de cas, le diagnostic pré-opératoire a été erroné; qu'il s'agisse d'ulcère gastro-duodénal, d'appendicite, de tumeur ovarienne, et c'est l'intervention elle-même qui en montrant l'intégrité de ces organes, incite le chirurgien à explorer plus complètement la cavité abdominale et lui fait découvrir le sarcome.

B. — Dans un second groupe, on peut rassembler quelques observations où les examens radiologiques du tube digestif sont peu concluants, mais où la constatation d'une hémorragie permet d'incriminer à coup sûr une lésion du tractus gastro-intestinal. En conséquence, le seul geste logique reste évidemment la laparotomie, facile à faire accepter du malade si le saignement a été grave, beaucoup plus difficile en cas d'hémorragies occultes à répétition.

Le Professeur PEYCELON défend vigoureusement cette attitude en arguant qu'une laparotomie blanche ne comporte aucun risque et que le pourcentage de cas où elle découvre à elle seule une lésion, justifie facilement son indication. La logique pure ne peut qu'approuver sans réserve ce raisonnement. Mais en pratique, il ne nous semble pas qu'on puisse l'ériger en doctrine systématique : l'indication chirurgicale dans ces cas doit faire intervenir des facteurs individuels et au premier plan de ceux-ci la plus ou moins grande facilité de l'interrogatoire dont va dépendre l'impression clinique. Par ailleurs, une exploration chirurgicale peut rester négative chez un malade qui fera ultérieurement la preuve d'une tumeur bénigne ; mais si l'hémorragie intestinale complique un sarcome, il a peu de chance de passer inaperçu du chirurgien. En conséquence, la certitude d'un saignement d'origine digestive doit se doubler d'une impression clinique d'organicité pour que soit justifiée une intervention chirurgicale exploratrice dans tous les cas où la radiologie reste peu probante. De même, si l'on a un doute quant à l'authenticité de l'hémorragie, il faudra revoir le malade au bout d'un mois avant de poser éventuellement l'indication opératoire.

Ces quelques considérations montrent bien que si, grâce aux progrès de la radiologie, le diagnostic de sarcome du jéjuno-iléon est plus souvent porté à l'heure actuelle, il n'en reste pas moins des cas litigieux où plusieurs attitudes peuvent se discuter.

1° Si l'on décide l'intervention, elle peut soit surprendre une lésion à un stade relativement précoce, soit montrer l'absence d'anomalie du tractus digestif constituant alors un geste inutile.

2° Si au contraire on préconise l'abstention chirurgicale, on risque dans certains cas de laisser évoluer un sarcome authentique. Et l'on comprend ainsi volontiers la perplexité du clinicien sur qui repose la lourde responsabilité d'une telle décision ; il devra donc s'entourer de nombreuses garanties avant d'imposer l'intervention.

Évolution - Traitement - Pronostic

Le sarcome du jéjuno-iléon reste une affection grave malgré le perfectionnement des méthodes thérapeutiques modernes tant chirurgicales que médicales. Nous avons déjà signalé au cours du chapitre clinique que les différents symptômes pouvaient exister de façon isolée, ou même s'associer en proportions variables, ou encore se succéder ou alterner suivant un rythme échappant à toute description.

Nous avons également insisté sur la fréquence de la douleur abdominale en tant que signe d'appel, en précisant bien que les autres manifestations cliniques devaient être considérées selon les circonstances soit comme symptômes révélateurs, soit comme complication véritable de la lésion sarcomateuse. Enfin nous avons relevé 29 observations dans lesquelles le début clinique remontait à plus de 2 ans : 10 de ces malades ressentent leurs premiers troubles 5 ans et plus avant l'hospitalisation, et parmi ceux-ci 2 font état de 17 et 30 ans ; ces 2 chiffres paraissent vraiment impressionnant à tel point que l'on peut se demander si le sarcome a bien eu sa part de responsabilité dans les troubles invoqués. Quoi qu'il en soit, la variabilité d'évolution aussi bien dans la nature des symptômes que dans leur durée, représente la caractéristique majeure du sarcome.

Ce bref rappel des quelques remarques qui nous ont été suggérées tout le long de l'étude clinique nous permet d'aborder maintenant le problème du traitement dont les effets restent malheureusement très inconstants sur l'évolution ultérieure.

LE TRAITEMENT

Ce chapitre thérapeutique offre à considérer 3 parties : les méthodes utilisées, les indications et les résultats.

I. — Les méthodes utilisées comprennent essentiellement la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

A. — L'acte chirurgical reste la méthode de choix, le geste impératif qui s'impose dès qu'on a porté le diagnostic de sarcome du grêle. Il peut être curatif ou simplement palliatif.

1° L'intervention curative est l'entérectomie. Enlevant en bloc la tumeur intestinale et le coin de mésentère satellite avec les lymphatiques, elle peut être difficile dans certaines circonstances :

a) Le volume de la tumeur ou des adénopathies ne constitue pas a priori un obstacle insurmontable, et seule la dissémination des ganglions peut faire reculer le chirurgien.

b) Le siège de la tumeur est déjà une source plus sérieuse de difficulté :

— Les formes diffuses sont pour la très grande majorité au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale.

— Parmi les formes circonscrites, si les localisations iléales ou du bas jéjunum sont généralement très accessibles, il n'en va pas toujours de même pour les sarcomes de l'angle duodéno-jéjunal où la résection peut être délicate. Nous ne voulons pas rentrer dans des considérations proprement chirurgicales, d'autant que le Professeur PEYCELON dans la thèse de BOURRAT en 1954 a bien mis en lumière les problèmes de technique que pose cette localisation. PATEL a également précisé son point de vue sur ce sujet dans un article relativement récent paru dans le « *Marseille Chirurgical* ».

c) Le siège des adénopathies peut être gênant, nous entendons par là les ganglions de la racine du mésentère qui exposent à une blessure de l'artère mésentérique supérieure.

d) Les adhérences peuvent également créer des difficultés, qu'elles atteignent le péritoine, les anses grêles ou les viscères voisins.

e) Enfin l'abcédation lorsqu'elle est importante peut retarder l'entérectomie et même conduire à ne pratiquer celle-ci que dans un deuxième temps.

2° Les interventions palliatives sont de plusieurs ordres :

a) Le chirurgien peut s'en tenir à la simple laparotomie exploratrice en ayant soin de prélever dans la mesure du possible un fragment de ganglion ou de masse tumorale pour l'examen histologique.

b) Mais il peut être amené à pratiquer selon les circonstances, soit une intervention de dérivation, soit la suture simple d'une perforation, soit même une résection partielle visant simplement à rétablir la continuité du transit au cours d'une forme avant déjà métastasé largement.

B. — La radiothérapie représente la deuxième grande modalité thérapeutique.

1° Elle peut être utilisée comme méthode complémentaire de la résection intestinale et de nombreux auteurs préconisent cette association : ULLMAN et ABESHOUSE, FAULKNER et DOCKERTY, CHANOINE.

2° Elle peut être employée isolément ou après une intervention palliative.

C. — La chimiothérapie est la troisième ressource lorsque pour des raisons diverses on ne peut avoir recours aux deux méthodes précédentes, ou lorsqu'elles se sont révélées inefficaces.

1° La moutarde à l'azote a été proposée par les Anglo-Saxons et introduite en France par JUSTIN-BESANÇON et son Ecole. Récemment JOYEUX, COURTY et BERTRAND rapportent des résultats intéressants dans les sarcomes intestinaux, mais le seul sarcome du jéjuno-iléon de leur statistique est déjà cachectique lorsqu'on entreprend le traitement.

2° La corticothérapie ne semble pas jusqu'à présent avoir retenu l'attention des auteurs. Elle mérite cependant d'être essayée dans les cas qui ont dépassé le stade du traitement chirurgical ainsi qu'en témoigne une de nos observations personnelles que nous relaterons plus loin.

II. — Les indications thérapeutiques sont extrêmement variables.

A. — Elles sont très souvent fonction des découvertes opératoires : le chirurgien intervenant avec un diagnostic d'ulcère gastrique perforé ou non, d'appendicite aiguë ou de tumeur ovarienne, et qui tombe sur un néoplasme du grêle, est seul à même de décider la meilleure conduite à tenir.

B. — Mais il est quelques cas où le diagnostic de tumeur du jéjuno-iléon a pu être porté avant l'intervention. C'est là que doivent être pris en considération l'âge du malade, son état général, les constatations faites lors des examens cliniques ou para-cliniques : l'ascite, les métastases hépatiques ou viscérales représentent autant de contre-indications à l'intervention, ainsi d'ailleurs que l'atteinte du sang périphérique et de la moelle osseuse, par le processus mitotique. Il faut cependant garder une attitude très chirurgicale dans la discussion thérapeutique car c'est le seul espoir du malade : priver celui-ci du bénéfice de l'intervention sous prétexte qu'il a atteint un âge limite, représente une erreur ; chacun connaît bien en effet ces sujets étiquetés âgés, parce qu'ils ont dépassé 65 ans, et qui en réalité ont conservé un organisme jeune, capable de supporter dans de bonnes conditions une résection intestinale.

III. — Les résultats du traitement sont encore actuellement bien décevants. Après avoir analysé ceux de notre statistique, nous les comparerons avec ceux de certains auteurs qui ont bien étudié ces tumeurs du grêle.

A. — Sur 176 observations que nous avons pu réunir dans la littérature, 148 seulement sont utilisables, le devenir ultérieur de 28 malades n'étant pas connu. Ces 148 cas se répartissent en 4 groupes d'importance inégale :

— Le groupe des non opérés : 8 cas ;

— Le groupe des interventions palliatives associées ou non à la radiothérapie : 29 cas dont 25 utilisables.

— Le groupe des résections isolées : 105 cas dont 86 utilisables.

— Le groupe des résections suivies de radiothérapie : 32 cas dont 29 utilisables.

Donnons d'emblée un résultat global : 91 malades sont morts, soit 61 %, 57 sont vivants, soit 39 %.

1° Le premier groupe comprend 8 malades qui n'ont pas été opérés : 5 fois la mort est survenue dans les premiers jours qui ont suivi l'hospitalisation ; dans 2 observations l'état général très médiocre ou la présence de métastases, interdisait toute tentative chirurgicale ; enfin un sujet a refusé l'intervention. Deux de ces 3 derniers malades ont bénéficié de la radiothérapie sans qu'aucune amélioration même passagère ne soit constatée.

2° 168 malades ont été opérés, mais le type d'intervention n'a été précisé que 166 fois ; l'évolution n'est connue que chez 140 patients.

a) 29 fois il s'est agi d'interventions palliatives, dont 25 observations utilisables car on ignore l'évolution de 4 malades. Sur ces 25 cas, 7 ont bénéficié de la radiothérapie ; les résultats parlent d'eux-mêmes : 23 décès et 2 sujets seulement en vie respectivement 13 et 18 mois après l'intervention, tous deux ayant été irradiés.

A ce groupe de 29 malades justiciables d'une intervention palliative, il faut ajouter 7 des 8 malades du groupe précédent où l'acte chirurgical est contre-indiqué sur la seule clinique, pour constater que dans 36 cas sur 176, soit 20 %, un traitement curatif ne peut même pas être envisagé.

b) La résection seule a été pratiquée chez 105 sujets, l'évolution n'étant connue que chez 86 d'entre eux :

— 48 malades sont morts, le délai exact de survie étant précisé dans 47 cas :

- 13 exitus dans les suites post-opératoires du 1^{er} au 30^e jour.
- 23 exitus entre 1 et 12 mois.
- 7 exitus entre 1 et 5 ans.
- 4 exitus à 5 ans et au-delà.

— 38 malades sont vivants, répartis de la façon suivantes :

- 10 moins d'un an après l'intervention.
- 17 entre 1 et 5 ans, (et parmi ceux-ci 2 sont en excellente santé depuis 4 ans).
- 11 malades enfin vivants 5 ans et plus après l'acte chirurgical : 5 de ceux-ci ont dépassé le cap des 10 ans ; c'est le cas notamment d'un malade de RIPPSTEIN et d'un malade d'OBERTHUR, tous deux en parfait état 19 ans après la résection. Dans l'une de nos observations personnelles

TABLEAU DES MALADES AVANT SURVECT 5 ANS

Auteurs	Sexe	Age	Evolution clinique avant hospitalisation	Symptômes dominants	Siège et nature du sarcome	Métastases à l'intervention	Traitement	Résultats
1 BROCK 1955	M	52	7 mois	Douleurs et hémorragies.	Lymphosarcome iléal sténosant.	Non précisé.	Réséction.	Décès 5 ans après. Cause inconnue.
2 PATTERSON 1958	F	43	1 an	Occlusion. Tumeur. Hémorragie.	Lymphosarcome jéjunal.	Locales et à distance.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 8 ans après : Généralisation.
3 PATTERSON 1958	M	35	6 mois	Douleurs. Troubles état général.	Lymphosarcome iléal.	Non précisé.	Réséction.	Décès 7 ans après. Cause inconnue.
4 PATTERSON 1958	M	60	3 mois	Occlusion.	Lymphosarcome iléal.	Locales et à distance.	Réséction.	Décès 5 ans après. Cause inconnue.
5 IRVINE 1955	M	31	1 mois	Douleurs. Température.	Réticulosarcome jéjunal perforé.	Mésentériques.	Réséction. Radiothérapie.	Décès 5 ans après.
6 BRUCE 1959	F	33		Douleurs. Tumeur.	Sarcome iléal.	Non précisé.	Réséction.	Décès 9 ans après : métastases.
7 PATTERSON 1958	M	39	1 mois 1/2	Douleurs. Hémorragies.	Lymphosarcome iléal.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 15 ans après.
8 PATTERSON 1958	M	34	5 ans	Hémorragies à répétition.	Léio-myosarcome iléal.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 8 ans après.
9 PATTERSON 1958	F	49	2 ans 1/2	Hémorragies à répétition.	Fibrosarcome iléal.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 8 ans après.

10	CHABRUT 1955	F	18	1 jour	Douleurs.	Lymphosarcome iléal.	Absentes.	Réséction. Radiothérapie.	Vivant 6 ans après.
11	OBERTHUR 1954	M	4 1/2		Occlusion.	Sarcome du grêle.	Mésentériques.	Réséction.	Vivant 19 ans après.
12	HORSLEY 1955	M	69	18 mois	Tumeur. Hémorragies.	Léio-myosarcome jéjunal.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 6 ans 1/2 après.
13	RIPSTEIN 1952	M	49	4 ans	Douleurs. Hémorragies.	Léio-myosarcome jéjunal.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 8 ans après.
14	RIPSTEIN 1952	F	38	3 mois	Péritonite aiguë.	Léio-myosarcome iléal perforé.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 19 ans après.
15	MARCUSE 1950	M	6	4 jours	Douleurs.	Lymphosarcome iléal avec invagination.	Absentes.	Réséction. Radiothérapie.	Vivant 6 ans après.
16	MARCUSE 1950	M	53	2 ans	Tumeur.	Réticulosarcome iléal.	Absentes.	Réséction.	Vivant 14 ans 4 mois après.
17	MARCUSE 1950	M	53	10 mois	Douleurs. Troubles digestifs.	Lymphosarcome jéjunal.	Mésentériques.	Réséction. Radiothérapie.	Vivant 8 ans 9 mois après.
18	SERLING 1954	M	57	1 an	Hémorragies.	Lymphosarcome iléal.	Mésentériques.	Réséction.	Vivant 5 ans 1/2 après.
19	LEVYAT (personnelle)	M	34		Occlusion.	Fibrosarcome grêle.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 11 ans après avec métastases hépatiques.
20	MESTEL 1959	M	8		Douleurs. Tumeur. Vomissements.	Lymphosarcome jéjunal.	Non précisé.	Réséction.	Vivant 8 ans après.

(n° 7), le malade est vivant 11 ans après la résection mais porteur de métastases hépatiques.

c) La résection suivie de radiothérapie complémentaire a été utilisée dans 32 observations, dont 29 utilisables :

— 12 malades sont morts répartis de la façon suivante :

- 7 dans des délais inférieurs à 1 an ;
- 3 entre 1 et 5 ans ;
- 2 au-delà de 5 ans.

17 malades sont vivants, dont 16 dans des délais connus :

- 3 moins d'un an après l'intervention ;
- 10 entre 1 et 5 ans (dont d'un 4 ans après) ;
- 3 au-delà de 5 ans.

d) En définitive, 20 malades ont passé le cap de 5 ans sur un total de 115 dont on connaît avec précision le devenir et qui ont été traités avec espoir de succès, ce qui représente un pourcentage de 17 %. Ce pourcentage tombe encore si l'on prend en considération tous les sarcomes opérés dont on connaît l'évolution ultérieure, quel que soit le type d'intervention : 20 malades sur 140, soit 14 %.

Sur ces 20 malades :

- 6 sont morts $\left\{ \begin{array}{l} 4 \text{ résections seules ;} \\ 2 \text{ résections + radiothérapie.} \end{array} \right.$
- 14 sont vivants $\left\{ \begin{array}{l} 11 \text{ résections seules ;} \\ 3 \text{ résections + radiothérapie.} \end{array} \right.$

On peut donc faire état de 12 % de malades vivants sur 115 soumis à un traitement curatif, et 10 % seulement de vivants après 5 ans, sur 140 observations de sarcomes opérés dont on connaît le devenir. Nous croyons utile de rapporter ces 20 observations dans un tableau spécial.

Si l'on dresse un bilan comparatif entre les résultats obtenus par résection isolée, ou par résection-radiothérapie, on ne constate pratiquement aucune différence sensible en ce qui concerne l'avenir éloigné :

— 15 malades sur 86 traités par la résection seule ont survécu 5 ans ou plus, soit 17,6 % ;

— 5 malades sur 29 traités par résection-radiothérapie ont survécu 5 ans ou plus, soit 17,2 %.

Mais si l'on s'attache à l'avenir immédiat, il semble bien que la radiothérapie puisse être créditée d'une action

bénéfique en réduisant d'une façon sensible le pourcentage de mortalité :

— Sur 29 sujets ayant bénéficié de la résection et de l'irradiation, 17 sont vivants, soit 58 % ;

— Sur 86 sujets n'ayant eu qu'une résection, 37 seulement sont vivants, soit 43 %.

e) Enfin nous croyons utile de signaler une de nos observations personnelles parce qu'elle illustre le rôle favorable que peut avoir dans certains cas la corticothérapie : il s'agit d'un homme qui à l'âge de 33 ans a subi une résection pour sarcome du grêle ; dix ans plus tard, se révèlent des métastases hépatiques confirmées par une seconde intervention : 14 mois après celle-ci, le malade qui a suivi un traitement discontinu par les corticoïdes est toujours en vie.

B. — Ces chiffres tels qu'ils se dégagent de notre statistique méritent d'être comparés à ceux avancés par des auteurs qui ont analysé de près le sarcome du jéjunum :

1° LECÈNE ne découvre que 2 cas sur 76 où l'absence de récidive est constatée pendant plusieurs années.

2° ULLMANN et ABESHOUSE en 1932 publient des résultats portant sur 103 sarcomes de l'intestin en général, dont 85 utilisables seulement :

— 55 morts, soit 64 % :

- 15 exitus dans les 48 heures suivant l'intervention, soit 17, 6 % ;
- 40 exitus dans la première année, soit 47 %.

— 30 survies, soit 36 % :

- 18 de 1 à 5 ans ;
- 12 à 5 ans et au-delà.

3° MARCUSE et STOUT, passant en revue les sarcomes du grêle de 1932 à 1948, dressent un tableau synoptique des cas avec survie de 5 ans ou plus, réunissant ainsi 23 observations, non compris leurs cas personnels.

4° CHANOINE en 1955 donne les chiffres suivants :

a) 25,4 % des tumeurs malignes primitives du grêle sont jugées incurables lors de leur découverte.

b) Sur 196 sarcomes, 133 sont morts (soit 67 %), 63 sont vivants (soit 33 %), ce qui correspond à peu près à notre pourcentage.

c) En ce qui concerne les méthodes de traitement, cet auteur fait état des pourcentages suivants :

— 9,2 % des sarcomes lymphoïdes réséqués sont en vie après 5 ans ;

— 6 % des sarcomes lymphoïdes traités uniquement par la radiothérapie sont en vie après 5 ans ;

— 20 % des sarcomes lymphoïdes qui ont été réséqués et soumis aux rayons X sont en vie après 5 ans ;

— 16,3 % des sarcomes fuso-cellulaires traités par la chirurgie sont en vie après 5 ans.

Le chiffre de CHANOINE qui concerne les sarcomes lymphoïdes traités par résection isolée est à peu près en accord avec le nôtre : nous rapportons en effet 5 sarcomes lymphoïdes vivants après 5 ans, et traités exclusivement par la chirurgie sur un total de 75 soumis à un traitement curatif, soit 6 %.

Par contre, sur 7 malades ayant bénéficié uniquement de la radiothérapie, nous ne trouvons aucune survie de plus de 5 ans, et il nous est impossible également de penser que la radiothérapie en tant qu'agent complémentaire de la résection, améliore l'avenir éloigné. Son seul intérêt est peut-être, ainsi que nous l'avons déjà signalé, de rendre moins sombre l'avenir immédiat du malade.

5° BERNSTEIN et WOO YOON CHEY font état d'une statistique de 36 sarcomes du jéjuno-iléon comprenant 4 Hodgkin, 15 lymphosarcomes, 10 léio-myosarcomes, 3 neurofibrosarcomes, 3 mélanosarcomes et 1 fibrosarcome : 22 observations seulement sont utilisables :

a) 4 morts certaines moins d'un an après l'intervention et 7 malades où l'issue fatale est considérée comme très probable par les auteurs en raison des constatations opératoires.

b) 11 malades vivants :

— 3 de ceux-ci 6 ans après la chirurgie ;

— Les 8 autres dans des délais variables, allant de 1 à 6 ans.

Il est difficile d'établir une comparaison valable entre ces chiffres et les nôtres, car Hodgkin et mélanosarcomes ne font pas partie de notre étude.

LE PRONOSTIC

Ces quelques considérations sur les résultats thérapeutiques tels qu'ils apparaissent à la lumière de diverses publications et de notre revue personnelle, vont nous permettre d'aborder maintenant le chapitre du pronostic. Celui-ci sera envisagé en fonction des éléments étiologiques, anatomiques et cliniques.

I. — Le pronostic en fonction des données étiologiques offre à considérer l'âge, le sexe et la durée d'évolution clinique avant l'intervention. A nos 20 observations de survie à 5 ans et au-delà, nous croyons bon de rajouter 8 observations où cette survie a atteint ou dépassé 3 ans.

A. — L'âge intervient de façon indiscutable pour les survies éloignées, beaucoup moins en ce qui concerne les exits post-opératoires.

1° 15 de nos 28 malades ayant atteints 3 ans de survie, ont moins de 40 ans, dont 5 enfants entre 4 et 8 ans ; 9 sujets sont compris entre 40 et 60 ans ; 4 seulement ont 60 ans ou plus (le plus âgé ayant 69 ans).

Il semble donc bien qu'avant 40 ans le pronostic lointain soit moins sombre, compte tenu de la fréquence du sarcome avant et après cet âge, qui, à quelques unités près, est du simple au double :

— En effet 15 sujets sur 52 sarcomes de moins de 40 ans à évolution connue, passent le cap de 3 ans, soit 28 % ;

— 13 sujets sur 96 sarcomes de plus de 40 ans à évolution connue, passent le cap de 3 ans, soit 13 %.

2° Par contre, il ne semble pas que les décès dans les suites post-opératoires immédiates ou retardées, soient influencés par l'âge ; le jeune comme le vieux paie son tribut à l'acte chirurgical : sur 8 malades de 70 ans et plus qui ont subi des résections isolées, 2 seulement sont morts moins d'un mois après l'opération. Le record d'âge de notre étude est le malade de PEYCELON, accusant 87 ans et qui reste en excellente santé 23 mois après l'intervention.

B. — Le sexe n'intervient pratiquement pas dans le pronostic. Nos 28 malades comprennent 9 femmes et 19

hommes, c'est-à-dire à peu près 2 hommes pour une femme, alors que la fréquence globale du sarcome est de 3 hommes pour une femme, ainsi que nous l'avons déjà vu.

C. — L'évolution clinique avant l'intervention ne semble pas non plus retentir sur le pronostic ; elle a pu être précisée chez 22 de nos 28 sujets :

— 10 de ceux-ci sont malades depuis un an et plus, le chiffre extrême étant 5 ans ;

— Les 12 autres voient leur symptômes débiter moins d'un an avant.

En somme le caractère récent des troubles ne s'inscrit pas obligatoirement comme présomption favorable en ce qui concerne l'évolution lointaine.

II. — Le pronostic en fonction des données anatomiques est très intéressant à considérer. Il fait intervenir 4 facteurs : la localisation du sarcome, la présence ou non d'adénopathies mésentériques, les complications intestinales auxquelles ce néoplasme donne lieu, enfin son type histologique.

A. — La localisation du sarcome intervient de façon certaine :

1° Si l'on s'attache en premier lieu aux survies éloignées de 3 ans ou plus, c'est-à-dire à nos 28 observations, on relève 18 iléons, 8 jéjunums et 2 sièges non précisés. Il y a donc 2 fois plus d'iléon que de jéjunum dans les résultats favorables de plus de 3 ans, et à propos de la fréquence de ces 2 localisations, nous avons déjà insisté sur le fait que le rapport n'était pas du simple au double (sur 150 observations 64 jéjunums, soit 42 %, 86 iléons, soit 58 %). Le sarcome iléal a donc un avenir lointain meilleur que le jéjunal. Pour tenter d'expliquer ce fait, signalons que, toutes proportions gardées, il y a plus de jéjunum que d'iléons inopérables ou justiciables de simples interventions palliatives : 13 iléons sur 86 (soit 13 %), contre 15 jéjunums sur 64 (soit 23 %), dans notre statistique.

2° Mais si dans un deuxième groupe de faits, on considère les exitus étant survenus moins d'un an après résection isolée, ou complétée par radiothérapie, on parvient à des conclusions quelque peu différentes concernant le

rôle éventuel de la localisation : 43 malades rentrent dans cette série :

- 10 jéjunum ;
- 26 iléons ;
- 2 Meckel ;
- 2 Diffus ;
- 3 de siège non précisé.

Sur les 86 sarcomes de l'iléon que comporte notre étude, il y en a 61 dont on connaisse le sort et qui ont été réséqués avec ou non radiothérapie de complément par la suite : 26 de ces 61 malades meurent dans l'année, soit 42 %.

Sur les 64 sarcomes du jéjunum analysés dans notre statistique, 39 seulement ont une évolution connue et ont été traités par les mêmes méthodes que ceux de l'iléon : 10 de ces 39 malades meurent dans l'année, soit 23 %.

Il semble donc que l'iléon paie un plus lourd tribut que le jéjunum dans l'année qui suit l'intervention. Mais le sarcome iléal qui a franchi ce cap, apparaît moins exposé à la récurrence ou à la métastase tardive que le sarcome jéjunal. Cela peut s'expliquer si l'on admet que ce dernier est plus volontiers métastasiant que son homologue iléal.

B. — Nous sommes ainsi amené à envisager le 2^e facteur de ce pronostic anatomique : la présence ou l'absence d'adénopathie mésentérique permet-elle d'augurer de l'avenir lointain ?

1^o Notons de suite que chez nos 20 malades ayant atteint le cap de 5 ans, 6 fois le chirurgien note des adénopathies mésentériques, 11 fois le protocole opératoire est muet sur leur existence ou leur absence, et 3 fois seulement elles manquent de façon certaine.

2^o Si l'on considère les 28 malades dont la survie atteint 3 ans, les adénopathies sont présentes 10 fois, absentes 6 fois, non mentionnées 12 fois.

3^o Enfin, il est intéressant de comparer les résultats obtenus chez deux lots de malades différents : ceux qui présentent une adénopathie mésentérique à l'intervention, et ceux qui n'en ont pas :

a) Sur 78 malades porteurs de ganglions mésentériques, il y a seulement 65 observations utilisables : 41 morts, 24 vivants, dont 6 au-delà de 3 ans.

b) Par ailleurs, il y a 20 malades où le chirurgien insiste dans son compte rendu sur l'absence d'adénopathie

mésentérique avec seulement 12 observations utilisables. 3 morts, 9 vivants, dont 3 au-delà de 3 ans. L'un de ces 9 malades est opéré une seconde fois pour récidive et la deuxième intervention objective des métastases hépatiques.

Ces différents chiffres parlent d'eux-mêmes : les adénopathies mésentériques n'ont donc qu'une signification pronostique réduite ; leur absence certaine représente cependant un élément favorable, alors que leur présence ne permet guère d'augurer quant à l'avenir lointain.

4° La dernière constatation que l'on peut faire touchant ces adénopathies mésentériques est leur plus grande fréquence dans le sarcome jéjunal que dans le sarcome iléal : nos 78 observations comprennent en effet 37 jéjunum, 30 iléons, 6 formes diffuses et 5 sarcomes de siège non précisé. Ce phénomène pourrait rendre compte des meilleurs résultats lointains enregistrés par l'iléon.

C. — Les complications intestinales proprement dites engendrées par le sarcome, ont dans certains cas une valeur pronostique indiscutable :

1° Si l'on s'attache à nos 28 observations qui ont atteint ou dépassé 3 ans de survie, on s'aperçoit que l'on ne peut en tirer de conclusions définitives : on relève en effet 6 occlusions, 2 cas perforés dont 1 seul vivant, 2 cas avec invagination, tous deux en vie. Si l'on veut bien se rappeler que nous avons trouvé 35 cas perforés, on a plutôt l'impression que cette complication assombrit particulièrement le pronostic. A l'opposé, 6 formes occlusives sur un total de 31 survivent 3 ans ou plus, cette complication peut donc à priori bénéficier d'un préjugé favorable.

2° D'une façon plus approfondie, examinons maintenant l'évolution de la totalité des formes perforées, occlusives ou invaginées :

a) sur 35 observations où la perforation est macroscopiquement visible, 27 malades sont morts (dont 1 seul après 5 ans), 7 sont vivants (dont l'un 19 ans après l'intervention), l'évolution du dernier étant inconnue. Ces chiffres ne font donc que confirmer la valeur péjorative de la perforation.

b) Sur 31 formes occlusives, dont 9 seulement sont dues à une invagination, 17 morts (dont 2 au-delà de 5 ans), 10 malades vivants (dont 3 au-delà de 3 ans), enfin 4 malades n'ont pas donné de leurs nouvelles. En définitive, 5 de ces 31 malades survivent un minimum de 3 ans ; l'occlusion

se confirme donc bien comme moins nocive que la perforation.

c) Quant à nos 24 formes avec invagination, dont 22 seulement sont utilisables, elles comprennent 12 malades chez lesquels l'évolution a été mortelle, et 10 qui sont vivants (dont 3 au-delà de 3 ans), tous porteurs d'invagination sans occlusion. L'invagination semble donc bénéficier du même préjugé favorable que l'occlusion ce qui se comprend si l'on admet que ces deux complications favorisent un diagnostic plus précoce.

D. — Le dernier chapitre de ce pronostic anatomique concerne le type histologique de la lésion.

1° Chez nos 28 malades, ayant survécu 3 ans, on relève :

- 18 sarcomes lymphoïdes,
- 5 léio-mysarcomes,
- 3 fibrosarcomes,
- 2 sarcomes de type non précisé.

2° Sur nos 110 sarcomes d'origine lymphoïde, 77 seulement sont utilisables : 44 évolutions fatales, 33 survies.

3° Parmi nos 44 léio-mysarcomes, 30 seulement dont l'évolution est connue : 12 morts contre 18 malades vivants.

Nous ne croyons pas pouvoir attribuer à ces chiffres une valeur particulière, retenons cependant que tous les types histologiques ont été rencontrés dans les évolutions favorables de plus de 3 ans.

III. — Il reste enfin quelques mots à dire touchant le pronostic en fonction des données cliniques.

Parmi nos 28 survies au-delà de 3 ans, on relève :

— 10 formes où le mœléna est certain, 1 seulement avec anémie, donc 11 formes hémorragiques sur 54 malades qui présentent ce symptôme dans notre statistique, soit 20 %.

— Par ailleurs, on note 11 observations où la tumeur abdominale est palpable (dont 4 associées à un syndrome hémorragique), sur un total de 68 malades qui présentent ce signe dans notre statistique, soit 16 %.

Ces quelques considérations n'autorisent aucune conclusion, et il apparaît que la clinique ne joue qu'un rôle restreint dans le pronostic, sauf bien entendu lorsqu'on

découvre des métastases ganglionnaires périphériques ou hépatiques ou viscérales, ou enfin une forme diffuse suspectée devant la perception de deux masses abdominales distinctes.

En définitive, le pronostic d'un sarcome du jéjunum iléon reste indiscutablement très sombre. Exception faite de la constatation clinique ou opératoire de métastases viscérales, il n'est aucun élément sur lequel tabler avec certitude, pour prévoir l'évolution ultérieure d'un sarcome réséqué.

Conclusions

1° Le sarcome primitif du jéjuno-iléon est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement, pour peu que l'on veuille bien se donner la peine d'y penser et de le rechercher. Il atteint 3 hommes pour 1 femme, l'âge moyen des malades se situe autour de 50 ans, mais l'enfant et le vieillard ne sont pas épargnés. Il représente pratiquement la néoplasie digestive la plus fréquente qu'on puisse rencontrer dans l'enfance.

2° Anatomiquement, il peut revêtir l'aspect polypoïde, annulaire, diverticulaire ou pédiculé, être diffus ou circonscrit, affectant dans ce dernier cas un peu plus volontiers de l'iléon que le jéjunum ; les formes circonscrites à double localisation ne sont pas exceptionnelles. Il peut se compliquer d'hémorragie, de perforation, d'invagination ou d'occlusion, cette dernière étant rarement le fait de la tumeur elle-même, mais le plus souvent d'une coudure de l'intestin par bride. Il métastase au niveau des ganglions mésentériques et de certains viscères (foie) dans un peu plus de la moitié des cas. Histologiquement, il se présente sous 3 variétés principales : les sarcomes lymphoïdes (lympho et réticulosarcome), les léio-myosarcomes, les sarcomes non différenciés (lipo, fibro et myxo-sarcome).

3° Cliniquement, la douleur abdominale, la masse palpable et l'hémorragie intestinale, sont parmi les symptômes les plus fidèles. Mais une température isolée, des troubles digestifs, ou un syndrome abdominal aigu peuvent constituer les manifestations révélatrices.

4° Le diagnostic se fonde essentiellement sur la radiologie qui exige une équipe entraînée, car la technique d'examen est assez particulière et assez longue, cadrant mal avec les horaires actuels des services hospitaliers français. Un transit du grêle de mauvaise qualité est plus dangereux

que l'absence d'examen radiologique, car il apporte une fausse sécurité qui sera peut-être fatale au malade. Dans l'état actuel des choses, la radiologie assure le diagnostic dans le tiers des sarcomes qui ont pu être étudiés, ainsi que semble l'attester notre revue de la littérature.

5° Le traitement curatif est uniquement d'ordre chirurgical. Radiothérapie et chimiothérapie ne représentent que des moyens adjuvants. Les résultats sont encore assez décevants puisque notre étude nous a révélé seulement 14 % de survie au-delà de 5 ans, et ce chiffre englobe encore des malades qui sont morts 6 à 8 ans après l'intervention. La radiothérapie utilisée en tant que complément de l'entérectomie ne semble pas avoir amélioré le pronostic lointain.

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
LEVRAT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Décembre 1959.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

Bibliographie

Les articles dont le nom de l'auteur ou des auteurs est suivi d'un astérisque n'ont pu être consultés personnellement.

1. ABATZIS Th. — A propos du lymphosarcome de l'intestin grêle. *Mémoire d'Assistant Etranger*, Paris, 1954, 35 p.
2. ALBOT G., POILLEUX F. — Dans intestin grêle, côlon, rectum, pp. 99-104, Masson, 1956.
3. ALLEN A. W., DONALDSON G., SNIFFEN R. C. and GOODALE F. — Primary malignant lymphoma of the gastro-intestinal tract. *Ann. Surg.*, **140**, pp. 428-38, 1954.
1. AMANN W. et BRUCKE H. (Graz). — Sur 2 cas de sarcomes de l'intestin opérés. *Der Krebsartz*, vol. 6, N° 1-2, pp. 23-29, 1951.
5. ANSAY J. — Perforation d'un réticulosarcome de l'iléon. *Acta Gastroenterol. Belg.*, **13**, pp. 278-82, mars 1950.
6. ARNAUD M., RECORDIER M. — Lymphosarcome du grêle. Eclairement de l'intestin. *J. de Chir.*, **51**, p. 450, 1938.
7. BADIA P. D. — Primary Hodgkin's sarcoma of the jejunum with perforation, resection and radiotherapy. Case report. *Am. J. Surg.*, **59**, pp. 577-584, 1943.
8. BADIE F. (*). — Essai clinique sur le cancer sous muqueux de l'intestin. *Thèse Lyon*, 1899-1900.
9. BALDACCI J. — Contribution à l'étude des lymphosarcomes du grêle. *Thèse Marseille*, 1957.
10. BALTZER A. (*). — Uber primare Dunndarm sarcome. *Arch. F. Klin. Chir.*, **44**, p. 717, 1873.
11. BANZET P. — A propos des tumeurs de l'intestin grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, p. 582, 1955.
12. BARNAS A. — Sarcomes du grêle. *Polski Przegląd Chir.*, **22**, 1, pp. 60-66, janvier-février 1950.
13. BARRETT J. C. — Malignant tumors of Meckel's diverticulum. *Brit. J. Surg.*, **41**, 169, pp. 518-19, 1954.
14. BEL A. — Les anémies hypochromes de l'adulte. Etude clinique et hématologique. A propos de 410 observations. *Thèse Lyon*, 1959.
15. BERARD L. et DENIS. — Enormes lymphosarcomes multiples de l'intestin grêle. Occlusion intestinale. Résection de plus de 1 mètre d'intestin. *Lyon Chir.*, **28**, pp. 522-23, 1931.
16. BERGERET, MEGRET, CHAMPEAU. — Invaginations de l'adulte par tumeurs du tube digestif. *Arch. App. Dig.*, **34**, N° 1-2, pp. 14-29, 1945.
17. BERMAN H. and MAINELLA F. — Lymphosarcoma of the small intestine. *Am. J. Surg.*, **70**, pp. 121-25, oct. 1945.

18. BERNSTEIN J. S. and WOO YOON CHEY. — Small bowel tumors : a clinical study of 109 cases. *J. Mount Sinai Hosp.*, **25-1**, pp. 1-28, janvier-février 1958..
19. BERTRAND P. et MATHIEU J. — Lymphosarcome de l'appendice avec métastase iléale ayant entraîné une invagination. *Lyon Chir.*, **38**, pp. 367-8, 1943.
20. BEZES H., D'ALMEIDA J., TOSSOU H. — Sur 3 observations d'invagination intestinale par tumeur du grêle. *Lyon Chir.*, **54**, pp. 27-31, janvier 1958.
21. BLOCH-LAINE J. J. — Volumineux sarcome de la 1^{re} anse jéjunale. Ablation. Guérison opératoire. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 795-97, 1955.
22. BODENHEIMER J. M. — Sarcoma of the small intestine. Case report. *Am. J. Surg.*, **66**, pp. 404-406, 1944.
23. BOISSIERE M. (*). — Contribution à l'étude du sarcome de l'intestin grêle et en particulier du sarcome d'origine vitelline. *Thèse Paris*, 1908.
24. BOLLINGER J. A. and MARS H. F. — Lymphosarcoma of the small intestine. Report of a case and review of the literature. *J. Internat. Coll. Surgeons*, **19**, pp. 296-302, 1953.
25. BONNEAU R. — Léiomyome malin de l'intestin grêle. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, **20**, pp. 52-53, 1928.
26. BONNIOT A., BONNET-EYMARD J., CHATTON P. — Diagnostic radiologique d'un sarcome du jéjunum. Triple tumeur. *Arch. App. Dig.*, **43**, N° 6, pp. 769-73, juin 1954.
27. BOULVIN R. — Sur 4 cas de lymphosarcomes du grêle. *Acta Gastroenterol. Belg.*, **21** (4), pp. 240-8, avril 1958.
28. BOUREAU M. — Aspects cliniques et radiologiques des tumeurs du grêle chez l'adulte. *Rev. Prat.*, **8**, N° 24, pp. 2771-79, 1958.
29. BOURRAT G. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'angle duodéno-jéjunal d'après 20 observations. *Thèse Lyon*, 1954.
30. BRADMORE H. M. and SCORER C. G. — Recurrent perforation of the jejunum due to lymphosarcoma. *Brit. J. Surg.*, **41**, 166, pp. 152-55, 1953.
31. BROCC P., POILLEUX F. — De l'intérêt du diagnostic précoce des tumeurs du grêle et de la difficulté de certaines excrèses. *Rev. Méd. Suisse Rom.*, **76** (5), pp. 325-35, 1956.
32. BROCC P., POILLEUX F. et TRONC J. Ch. — A propos de 13 cas de tumeurs primitives de l'intestin grêle, recueillies à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 442-58, 1955.
33. BROCC P., POILLEUX F. et TRONC J. — Conclusion de la discussion sur les tumeurs du grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 1034-37, 1955.
34. BRODIN, LARDENNOIS et TEDESCO. — Lymphosarcomes du jéjunum. *Arch. App. Dig.*, **27**, p. 447, 1937.
35. BRUCE A. W. and STALKER A. L. — Smooth muscle tumours of the alimentary tract. *Brit. J. Surg.*, **46**, pp. 629-33, 1959.
36. BRUN. — Quelques réflexions sur les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle d'après 4 observations récentes. *Tunisie Médicale*, **24**, pp. 173-77, 1930.

37. BUFFARD P. et CROZET L. — 7 observations personnelles de lésions malignes de l'intestin grêle diagnostiquées par la radiologie. *Arch. App. Dig.*, **41**, 3, pp. 460-63, 1952.
38. BURMAN S. O. and Van WYK F. A. K. — Lymphomas of the small intestine and cecum. *Ann. Surg.*, **143**, pp. 349-59, 1956.
39. BUSSCHER (de) G. — Etude radiologique du grêle au cours de diverses affections. *Acta Gastroenterol. Belg.*, **13**, pp. 295-350, 1950.
40. BUSSON A. et MASSIAS P. — Diagnostic des tumeurs du grêle. *Vie Méd. Paris*, **35** (II), pp. 1025-28, 1954.
41. BUSTOS J. O., BROCCA M. — Sarcome primitif de l'intestin grêle. *J. de Chir.*, **57**, pp. 251-252, 1941.
42. BUTLER D. B. and BARGEN J. A. — Abdominal masses. A survey of their incidence and clinical significance. *Gastroenterology*, **19**, pp. 1-12, 1951.
43. BUTLER D. B. and BARGEN J. A. — Abdominal masses. Diseases of the alimentary tract : carcinoma of the stomach, carcinoma of the colon and lymphosarcoma of the alimentary tract. *Gastroenterology*, **19**, pp. 13-31, 1951.
44. CABOT R. C., — Case 39.171. Leiomyosarcoma of jejunum with cystic degeneration. *N. Eng. J. Med.*, **248**, pp. 732-736, 1953.
45. CADE A. et LEVRAT M. — La symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du jéjunum. *Journ. Méd. Lyon*, pp. 509-513, août 1929.
46. CADENAT F. M. — Sarcome lymphoblastique de l'origine du jéjunum. *Mém. Acad. Chir.*, **67**, pp. 182-84, 1941.
47. CAESTECKER (de). — Trois cas de sarcomes de l'intestin grêle. *Arch. App. Dig.*, **21**, N° 1, pp. 248-51, 1931.
48. CAMERON A. L. — Primary malignancy of the jejunum and ileum. *Ann. Surg.*, **108**, pp. 203-20, 1938.
49. CARCASSONNE F., COMITI J., CARCASSONNE M. — Onze observations de tumeurs du grêle. *Marseille Chir.*, **10**, pp. 238-242, 1958.
50. CARNES E. H. — Reticulum cell sarcoma of the ileum. *Am. J. Surg.*, **74**, pp. 491-93, 1947.
51. CASTEL (du) (*). — Cancer primitif de l'iléon. *Arch. Génér. de Méd.*, **2**, p. 19, 1882.
52. CATHALA et ARRIVAT. — Lymphosarcome de l'intestin grêle avec métastases hépatique et rénale. *Presse Méd.*, **22**, pp. 334-35, 1914.
53. CATTAN R., NIVET M. et SLAMA R. — Leiomyosarcome de l'intestin grêle. *Arch. App. Dig.*, **48**, N° 5, pp. 525-31, 1959.
54. CAVE H. W. — Tumors of the small intestine. *Ann. Surg.*, **96**, pp. 269-85, 1932.
55. CHABRUT R. — A propos des tumeurs de l'intestin grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 512-13, 1955.
56. CHANOINE F. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives du jéjuno-iléon. *Acta Gastroenterol. Belg.*, **18**, 1, pp. 163-199, 1955.
57. CHARACHE H. — Primary lymphosarcoma of the intestine in a boy of seven ; follow up of nine years. *Am. J. Surg.*, **59**, p. 601, 1943.

58. CHERIGIE E. et Mme PRADEL-RAYNAL. — L'intestin grêle. Techniques radiologiques d'exploration. *Rev. Praticien*, **9**, N° 11, pp. 1195-1207, 1959.
59. CHERIGIE E., HILIEMAND P., PROUX Ch., BOURDON R. — L'intestin grêle normal et pathologique. 1 vol., pp. 378-89, 1957.
60. CHIGOT P. L. — Anastomose jéjuno-cæcale pathologique. *Ann. Anat. Path.*, **13**, pp. 515-18, 1936.
61. CHIGOT P. L., DAYV A. — Un piège : l'invagination intestinale iléo-iléale. *Rev. Praticien*, Tome 9, N° 4, pp. 401-409, 1959.
62. CHONT K. L. — Sarcomas of small intestine and reference to their radiosensitivity. *Radiology*, **36**, pp. 86-97, 1941.
63. CHOUSSAT H. — Lymphosarcome de l'intestin grêle. *Algérie Méd.*, **42**, N° 129, pp. 145-150, 1938.
64. CHUREAU M. — Perforation en péritoine libre d'un lymphosarcome de l'intestin grêle. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, **38**, pp. 571-72, 1948.
65. CLOQUET J., de BUSSCHER G. — Lymphosarcome pédiculé de l'iléon. *Acta Gastroenterol. Belg.*, **15**, pp. 457-62, 1953.
66. COPE V. Z. and GRANT H. M. — A case of lymphosarcoma of the ileum. *Brit. J. Surg.*, **29**, 115, pp. 356-58, 1942.
67. CORNU (*). — Contribution à l'étude du sarcome primitif du jéjuno-iléon. *Thèse Paris*, 1924.
68. COTTON J. H. — A propos d'un cas de lymphoréticulosarcome de l'intestin grêle. *Thèse Paris*, 1952.
69. COURTY L., CARLIER G., OUDAR H. et LEFEBVRE F. — Perforation d'un sarcome de l'intestin grêle. Guérison après intervention chirurgicale. *J. Sci. Méd. Lille*, **72**, 9, pp. 374-76, 1954.
70. COURTY L., WIART P., LAMORIL P. — Lymphosarcome du grêle. *J. Sci. Méd. Lille*, **76**, pp. 510-16, 1958.
71. COWDELL R. H. — Smooth muscle tumours of the gastrointestinal tract. *Brit. J. Surg.*, **33**, pp. 3-11, 1950.
72. CROIZAT P., GIRAUD M., FAVRE-GILLY J., BRET P., KUENTZ M. — 2 nouveaux cas de sarcomes du grêle. *J. Radiologie*, **37**, 5-6, pp. 415-16, 1956.
73. CROIZAT P., REVOL L. — Sang et Intestin grêle. *Arch. App. Dig.*, **38**, pp. 605-35, 1949.
74. CROWTHER C. (*). — Studio dei sarcome primitive dell intestino tenue con contributo di tre casi originale. *Clin. Chir. Milano*, **21**, p. 2107, 1913.
75. CULLEN T. H. — Leiomyosarcoma of the jejunum presenting as peritonitis. *Brit. J. Surg.*, **38**, pp. 119-121, 1950.
76. CUNY J. — Invagination chronique sur un lymphosarcome du grêle chez un enfant de 3 ans. Résection en 2 temps. Guérison. *Bull. Mém. Soc. Nation. Chir.*, **60**, pp. 439-442, 1934.
77. DARMAILLACQ R. — Lymphosarcome du jéjunum. *Bordeaux Chir.*, **3**, pp. 134-5, juillet 1950.
78. DEDICK A. P. and COLLINS L. C. — The roentgendianagnosis of bleeding lesions of the small intestine. *Am. J. Roentgenol.*, **69**, pp. 926-35, 1953.
79. DELANNOY E. — Invagination intestinale de l'adulte. *Rev. Praticien*, **9**, N° 4, pp. 415-19, 1959.

80. DELORE X., BRECHET. — Sarcome lymphoblastique de l'iléon. *Lyon Méd.*, **146**, pp. 674-76, 1930.
81. DESJACQUES R. — La chirurgie de l'intestin grêle. 1 vol. Lyon 1942.
82. DUMONT R. — Léiomyosarcome du grêle. *Acta Gastroenterol., Belg.*, **9**, pp. 508-11, 1946.
83. DUNDON C. C. — Primary tumors of the small intestine. *Am. J. Roentgenol.*, **59**, pp. 492-504, 1948.
84. DUPAS J. — Le grêle et la région iléo-cæcale normaux. *J. Radiologie*, **37**, pp. 216-17, 1956.
85. DUPAS J. et TAVERNIER C. — Les tumeurs de l'intestin grêle. *J. Radiologie*, **37**, pp. 215-16, 1956.
86. DUPERIE et MAUPETIT. — Lymphosarcome du jéuno-iléon chez un garçon de 5 ans. *J. Méd. Bordeaux*, **109**, pp. 960-1, 1932.
87. EHRLICH J. C., HUNTER JR. O. B. — Tumors of the gastrointestinal tract. A survey of 813 in persons of military age during World War II. *Surg. Gyn. Obst.*, **85**, pp. 98-106, 1947.
88. ELIAS W. S., LUND Ch. C., YONEMOTO R. — Neoplasms of the small intestine. *Am. J. Surg.*, **88**, pp. 384-89, 1954.
89. EMMETT J. M. and DREYFUSS M. L. — Malignant tumors of the small bowel. *Ann. Surg.*, **123**, pp. 859-65, 1946.
90. FAULKNER J. W. and DOCKERTY M. B. — Lymphosarcoma of the small intestine. *Surg. Gyn. Obst.*, **95-2**, pp. 76-84, 1952.
91. FAVRE-GILLY J., BEL A. et TOMMASI M. — Forme anémique pure d'un léiomyosarcome de l'iléon. *Lyon Méd.*, **90** (25), pp. 931-944, 1958.
92. FEYRE M. — Tumeurs abdominales de l'enfant. *Presse Méd.*, **59**, N° 6, pp. 109-110, 1951.
93. FISHER E. M. (*). — Intestinal lymphosarcoma. Three cases. *M. J. Australia*, **1**, p. 337, 4 avril 1925.
94. FLEMING R. M. and PEARSON J. R. — Leiomyosarcoma of the jejunum. *J. Internat. Coll. Surg.*, **14**, pp. 547-53, 1950.
95. FRANK L. W., MILLER A. J., BELL J. C. — Sarcoma of the small intestine. Report of four cases. *Ann. Surg.*, **115**, 1, pp. 544-65, 1942.
96. FRASER I. — A propos de 96 tumeurs du grêle (Rapport de P. L. CHIGOT). *Mém. Acad. Chir.*, **85**, N° 24 et 25, pp. 670-73, 1959.
97. FRASER K. — Malignant tumors of the small intestine. A review of the literature, and report of 21 cases. *Brit J. Surg.*, **32**, 128, p. 479-91, 1945.
98. FRESNAIS. — Deux cas de tumeur maligne du grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, p. 666, 1955.
99. GAMBLE JR. J. R., TROUT JR. H. H., ALBERTSON H. A., and LEAVITT D. — Malignant tumors of the small intestine with report of seven cases. *Ann. Surg.*, **139** (I) pp. 858-63, 1954.
100. GILLETTE P. C. — Malignant tumors of the small intestine. Report of four cases. *Gastroenterology*, **30**, 3, pp. 517-522, 1956.

101. GIRAUD M., PINET F., ROCHE P. — L'examen radiologique du grêle par transit accéléré. *J. Radiol. et Electroradiol.*, **32**, pp. 583-95, 1951.
102. GODART J., DELOYERS L. et SEGERS G. — Un cas de lymphosarcome du grêle. *Acta Gastro-enterol. Belg.*, **13**, pp. 274-77, 1950.
103. GOLDEN Th., STOUT A. P. — Smooth muscle tumors of the gastro-intestinal tract and retroperitoneal tissues. *Surg. Gyn., Obst.*, **73**, pp. 784-810, 1941.
104. GOLDSMITH R. — Leiomyosarcoma of the jejunum. *Ann. Surg.*, **104**, pp. 148-51, 1936.
105. GOTTLIEB Ch., REITMAN N. — Leiomyosarcomatosis of the small intestine. *Am. J. Roentgenol.*, **41**, p. 368-72, 1939.
106. GRAVES S. (*). — Primary lymphoblastoma of the intestines. Report of three cases, one with apparent recovery following opération. *J. Med. Research.*, **40**, p. 415, septembre 1919.
107. GREENFIELD H. — Early roentgen diagnosis of jejunal lymphosarcoma. Report of case. *Am. J. Roentgenol.*, **36**, p. 674-77, 1936.
108. GUIBAL P. — Sarcome de l'intestin grêle perforé en péritoïne libre. *Mém. Acad. Chir.*, **63**, 2, pp. 1280-83, 1937.
109. GUILLEMINET M. — Deux cas d'invagination iléocolique par tumeur maligne. *Lyon Chir.*, **35**, pp. 225-29, 1938.
110. HARRINGTON-TANOUS J. and JAY LIEN I. — Leiomyosarcoma of the jejunum. *J. Internat. Coll. Surgeons*, **25**, pp. 284-88, 1956.
111. HAUSS R. J. — Contribution à l'étude des leiomyosarcomes de l'intestin grêle (sur une observation inédite). *Thèse Clermont-Ferrand*, 1956.
112. HAUSSMANN (*). — Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin. *Thèse Paris*, 1882.
113. HECTOR A. — Les tumeurs lymphatiques primitives et localisées du tube digestif sous-diaphragmatique. *Thèse Paris*, 1939.
114. HECTOR A. — Les sarcomes lymphatiques de l'intestin grêle. Formes chirurgicales. *Rep. Chir.*, **1** et **2**, pp. 42-64, janvier-février 1944.
115. HENRY E. et COURBIER R. — Quatre cas de tumeurs de l'intestin grêle. *Marseille Ch.*, **10** (1), pp. 98-9, 1958.
116. HERNANDO T., ORTEGA M., HERNANDO L. — Lymphomes de l'intestin. Un cas de lymphosarcome du jejunum (diagnostiqué radiologiquement) et un cas de lymphome folliculaire du cæcum. *Acta Gastroenterol. Belg.*, **16**, pp. 630-42, 1953.
117. HILL F. A. and JANELLI D. E. — Malignant tumors originating in Meckel's diverticulum. Case report of a leiomyosarcoma and review of the literature. *Am. J. Surg.*, **85**, pp. 525-28, 1953.
118. HILLEMANT P., CHERIGIE E., VIGUIE R., BOURDON R., GILBRIN E. et ABATZIS. — Les lymphosarcomes du grêle. *Sem. Hôp. Paris*, 31^e année, **24/3**, pp. 1361-1372, 1955.

119. HILLEMAND P., GILBRIN E. et DUCHANGE. — Invagination jéjunale par leiomyosarcome du jejunum. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, **69**, pp. 1284-1290, 1953.
120. HILLEMAND P., PATEL J., CHERIGIE E., NARDI C., MENEGAUX J. C. et GASPAREV A. — Sur les cancers de l'angle duodéno-jéjunal. *Presse Méd.*, **63**, N° 22, pp. 445-47, 1955.
121. HILLEMAND P., PORCHER P., CHERIGIE E. et Mme CANS. — A propos de 4 cas de sténose du grêle. *Arch. App. Dig.*, **33**, pp. 43-45, 1944.
122. HINDMARSH F. D. — Perforated lymphosarcoma of small intestine. *Brit. Med. J.*, **2**, pp. 1443-44, december 1951.
123. HORSLEY G. W. and MEANS R. L. — Leiomyosarcoma of the jejunum with two cases reports and a review of the literature. *Ann. Surg.*, **141**, pp. 799-806, 1955.
124. HORTOLOMEI N. et BUTUREANU Wl. — Sarcome de l'intestin grêle. Résection. Guérison. Réapparition 7 ans plus tard d'une nouvelle tumeur. *Bull. Mém. Soc. Nation. Chir.*, **59**, pp. 949-953, 1933.
125. IRVINE W. T. and JOHNSTONE J. M. — Lymphosarcoma of the small intestine with special reference to perforating tumours. *Brit. J. Surg.*, **42**, pp. 611-18, 1955.
126. JACQUEMET L. R., HAUSS R., DAVID M. et PRADEAU L. — Léiomyosarcome de l'intestin grêle (remarques sur un cas). *Lyon Chir.*, **55**, N° 1, pp. 118-120, 1959.
127. JACQUET J. — Données actuelles sur le traitement des tumeurs malignes de l'intestin chez l'enfant. *Thèse Lyon*, 1947.
128. JAMES H. H. and TADDEO M. C. — Leiomyosarcoma of jejunum, 17 years history, simulating chronic duodenal ulcer. *Ann. Surg.*, **136**, 2, pp. 887-92, 1952.
129. JOYCE Th. M. — Tumors of the small intestine. *Ann. Surg.*, **100**, pp. 949-59, 1934.
130. JOYEUX R., COURTY A. et BERTRAND L. — Lymphosarcomes iléo-mésentériques. Essai de traitement par l'ypérite niirée. *Sem. Hôp. Paris*, **27**, N° 24, pp. 1008-11, 1951.
131. JUNG F. et BRUDER J. — Un cas de tumeur maligne du grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 803-4, 1955.
132. KEATS Th. E. et SAKAI H. Q. — An evaluation of the sources of error in the roentgenologic diagnosis of neoplasms of the small intestine. *Gastroenterology*, **29**, N° 4, pp. 554-60, 1955.
- 132 bis. KESZLER P. — Sur un syndrome de perforations multiples par sarcome du grêle. *Zentralblatt für Chir.*, **82**, 20, pp. 829-33, 1957.
133. KOCAGLU H. — A propos de 2 lymphosarcomes de l'intestin dont l'un présentant une double localisation jéjunale accompagnée d'éosinophilie et l'autre localisé à l'iléon. *J. Chir. Par.*, **2**, pp. 573-81, 1958.
134. KUNDRAT H. (*). — Über lympho-sarkomatosis. *Wien. Klin. Wchnschr.*, vol. 6, p. 211, 1893.
135. KUSTRUP J. F., MULLA N. and ROBINSON J. A. — Leiomyosarcoma of the jejunum. *J. Internat. Coll. Surgeons*, **23**, pp. 476-80, 1955.

136. LAURENCE G. — Invagination intestinale du grand enfant. *Rev. Praticien*, Tome 9, N° 4, pp. 411-13, 1959.
137. LECÈNE P. — Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle. *Thèse Paris*, 1904.
138. LEE STROHL E., DIFFENBAUGH W. G., SARVER F. E. — The surgical significance of small bowel tumors. *Surg. Gyn. Obst.*, **93**, pp. 209-14, 1951.
139. LE MONNIER D. — Les tumeurs de l'intestin grêle. A propos de 11 observations personnelles. *Thèse Lyon*, 1959.
140. LERICHE R. — Sarcome occlusif de Piléon. Résection avec iléostomie en amont. Guérison datant de 24 mois. *Lyon Chir.*, **29**, pp. 50-52, 1932.
141. LERICHE R., BRUN M. — Fibrosarcome calcifié du jéjunum. Ablation. Guérison. *Lyon Chir.*, **31**, pp. 479-80, 1934.
142. LEVEUF J. et GODARD H. — Les sarcomes cavitaires de l'intestin grêle chez l'enfant. *Ann. Anat. Path.*, **13**, 9, pp. 1067-84, 1936.
143. LEVRAT M., BRETTE R. et BRET P. — Images radiologiques des tumeurs malignes de l'intestin grêle avant la sténose. *Sem. Hôp. Paris, Supp. Gastroentérologie*, **28**, pp. 47-50, 1954.
144. LEVRAT M., BRETTE R., DEVIC M. et MADONNA. — Deux cas de sarcome du jéjunum : images radiologiques et confrontation anatomo-radiologique. *Arch. App. Dig.*, **41**, 1, pp. 52-58, 1952.
145. LEVRAT M., PEYCELON R., WEGELIN J. E. et BRETTE R. — A propos d'un cas de volumineuse tumeur pédiculée de l'intestin grêle, à développement abdominal. *Arch. App. Dig.*, **41**, pp. 838-41, 1952.
146. LEVY H. — Notre expérience du lymphosarcome de l'intestin grêle. *Thèse Paris*, 1958.
147. LEWIS L. — Two cases of sarcoma of the small intestine with unusual features. *Brit. J. Surg.*, **26**, pp. 540-46, 1939.
148. LIBMAN E. (*). — Sarcoma of the small intestine. *Am. J. Med. Sci.*, **120**, p. 309, 1900.
149. LIKELY D. S., LISA J. R., STITCH M. H. et STEIN H. D. — Primary malignant disease of the small bowel. *Arch. Int. Med.*, **82**, pp. 206-16, 1948.
150. LINGLEY J. R. — Non obstructing malignant tumors of the small bowel. A report of five cases. *Am. J. Roentgenol.*, **36**, pp. 902-09, 1936.
151. LOCKE D. J. — Malignant neoplasms of the small intestine. *Am. J. Surg.*, **85**, pp. 127-33, 1953.
152. LORTAT-JACOB J. L. et RENÉ L. — A propos de 4 observations inédites de tumeurs du grêle. *Gaz. Méd. de France*, pp. 431-33, juin 1949.
153. MAC BURNEY (*). — Successful remotomy of small intestine for sarcoma. *Ann. Surg.*, **23**, p. 441, 1896.
154. MAC COMB A. R. et PRIDGEN J. E. — Malignancies of the small intestine. *Ann. Surg.*, **145**, pp. 665-74, 1957.
155. MAC GINNIS F. T. — Primary spindle cell. Sarcoma in a Meckel's diverticulum. *Surgery*, **25**, pp. 122-126, 1949.

156. MAC SWAIN B. and BEAL J. M. — Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract ; report of twenty cases. *Ann. Surg.*, **119**, 1, pp. 108-123, 1944.
157. MALBRAND Ch. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de l'intestin grêle. *Thèse Paris*, 1922.
158. MARCUSE P. M. and STOUT A. P. — Primary lymphosarcoma of the small intestine. Analysis of thirteen cases and review of the literature. *Cancer*, **3**, pp. 459-74, 1950.
159. MARTIN J. F. — Leiomyosarcoma of the small intestine. A report of three cases and review of the littérature. *Am. J. Roentgenol.*, **74**, pp. 1081-88, 1955.
160. MARTIN J. F., DENISE H. et MULLER B. — Un cas de sarcome lymphoblastique de l'intestin grêle chez un enfant de 6 ans. *Lyon Méd.*, **162**, pp. 393-96, 1938.
161. MENNE F. R., MASON D. G. et JOHNSTON R. — Lymphosarcoma of the intestine. *Arch. Surg.*, **45**, pp. 945-56, 1942.
162. MERLE, MABILLE et SOTTON. — Réticulosarcome de la totalité de l'intestin grêle chez un amibien chronique. *Marseille Chir.*, **IX**, N° 3, pp. 455-9, 1957.
163. MESTEL A. L. — Lymphosarcoma of the small intestine in infancy and childhood. *Ann. Surg.*, **149**, N° 1, pp. 87-94, 1959.
164. MIALARET J. — A propos des tumeurs primitives de l'intestin grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 511-12, 1955.
165. MONHEIT D. B., DEGENSHEIN G. A. — Leiomyosarcoma of the small bowel in a child. *Ann. Int. Med.*, **43**, pp. 903-907, 1955.
166. MONOD R. Ch. et ARNAL H. — Sarcome de l'intestin grêle perforé en péritoine libre. *Mém. Acad. Chir.*, **63**, 2, pp. 1048-51, 1937.
167. MONSAINGEON A. — Hémorragie intra-péritonéale diffuse par sarcome du grêle. Résection intestinale. Survie de 3 ans. *Mém. Acad. Chir.*, **69**, pp. 206-207, 1943.
168. MONTEL G. — Une observation de sarcome de l'intestin grêle perforé. *Lyon Chir.*, **37**, pp. 339-40, 1941.
169. MOUCHET A. et CHATAIN Y. — Les tumeurs de l'intestin grêle : à propos de 4 observations personnelles. *Paris Méd.*, **37**, pp. 393-405, 1947.
170. MOURIQUAND G., DEGHAVANNE D. et NORMAND J. — Un cas de sarcome lymphoblastique du grêle à forme de vomissements acétonémiques graves chez un enfant de 4 ans. *Pédiatrie*, **6**, pp. 310-313, 1951.
171. MOXON (*). — Cancer (lymphosarcoma) of the small intestine. *Transactions of the pathological Society of London*, **XXIV**, p. 109, 1873.
172. NOTHNAGEL (*). — Die Erkrankungen des Darmes und Peritoneum. 1 vol. Wien, 1893.
173. NYGAARD K. K. and WALTERS W. — Malignant tumors of Meckel's diverticulum. Report of a case of leiomyosarcoma. *Arch. Surg.*, **35**, pp. 1159-72, 1937.
174. OBERTHUR H. — Résultat éloigné d'une opération pour lymphoblastome du grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **80**, pp. 36-7, 1954.

175. OGLIVIE T. A. and SHAW H. M. — Primary tumours of the small bowel. *Brit. Med. J.*, N° 4906, pp. 142-145, 1955.
176. OMEZ Y. — Le sarcome de l'intestin grêle. Etude clinique. *Thèse Lille*, 1939.
177. PATEL J. — Quelques remarques sur 16 cas de tumeurs de l'intestin grêle. *Marseille Chir.*, **9** (2), pp. 251-62, 1957.
178. PATEL J., NARDI C. — Sur les tumeurs malignes de l'intestin grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, pp. 509-10, 1955.
179. PATTERSON J. F., CALLOW A. D. et ETTINGER A. — The clinical patterns of small-bowel tumors : a study of 32 cases. *Ann. Int. Med.*, **48** (1), pp. 123-38, 1958.
180. PENNINO J. V., ABBÈNE M. M. — Intussusception in an infant due to leiomyosarcoma of the jejunum. *Am. J. Surg.*, **93**, 3, pp. 461-5, 1957.
181. PÉPÉ M. — Il sarcoma dell'intestino tenue. Contributo clinico ed istopatologico. *Rass. Internaz. Clin. Ter.*, **30**, p. 129, 1950.
182. PERRENOUD J. P. — La pyxigraphie procédé d'exploration du contenu du tube digestif au moyen de capsules de prélèvement. *Gastroenterologia* (Bâle), **87**, 6, pp. 349-55, 1957.
183. PEYCELON R. — Hemorragie par tumeur de l'intestin grêle. *Arch. App. Dig.*, **39**, pp. 604-6, 1950.
184. PEYCELON R., LEVRAT M. et BERNAY P. — Tumeurs de l'angle duodéno-jéjunal. *Arch. App. Dig.*, **43**, N° 6, pp. 227-233, 1954.
185. PEYCELON R., REPLUMAZ P. — Sur les tumeurs de l'intestin grêle. A propos de dix interventions personnelles. *Lyon Chir.*, **55**, N° 3, pp. 321-39, 1959.
186. PORCHER P. — A propos des tumeurs de l'intestin grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **81**, p. 519, 1955.
187. PORCHER P., BUFFARD P., SAUVEGRAIN J. — Radiologie clinique de l'intestin grêle de l'adulte et de l'enfant. 1 vol. Masson 1954.
188. RABINOVITCH J., GRAYSEL D. M., SWYER A. J. and PINES B. — Sarcomas of the small and large intestine. *Surg. Gyn. Obst.*, **85**, 2, pp. 333-39, 1947.
189. RAGINS A. B. and SHIVELY Jr. F. L. — Sarcomas of the small intestine. *Am. J. Surg.*, **47**, pp. 96-104, 1940.
190. RAIFORD Th. S. — Tumors of the small intestine. *Arch. Surg.*, **25**, pp. 122-77 et 321-55, 1932.
191. RASZKOWSKI H. J. and KENT K. H. — Leiomyosarcoma of the jejunum. *Surg. Gyn. Obst.*, **104**, (3), pp. 280-6, 1957.
192. RECHNITZER P. A., BLAKE J. — Three cases of small intestinal neoplasm with unusual clinical features. *Brit. Med. J.*, **4831**, pp. 313-14, 1953.
193. RÊTY J. — Les tumeurs sous-séreuses pédiculées de l'intestin grêle. *Thèse Lyon*. 1952.
194. REVOL L. — La symptomatologie pyloro-duodénale dans les sténoses hautes du jejunum. *Thèse Lyon*, 1930.
195. REVOL L. et BEL A. — Les anémies hypochromes de l'adulte. Problèmes étiologiques et thérapeutiques. *Rev. Prat.*, **9**, pp. 1531-41, 1959.

196. RICARD A. et FRANCILLON J. — 3 observations de sarcomes de l'intestin grêle. *Lyon Chir.*, **38**, N° 2, pp. 137-140, 1943.
197. RICHARDSON J. E. FLATT A. E. — Unusual small intestinal causes of anemia. *Brit. Med. J.*, **4831**, pp. 311-12, 1953.
198. RICHMAN S., GOODMAN H. and RUSSI S. — Lymphosarcoma of the small intestine and its mesentery. *Gastroenterology*, **28**, pp. 623-33, 1955.
199. RIPSTEIN Ch. B. and FLINT G. W. — Leiomyosarcoma of the gastro-intestinal tract. *Gastroenterology*, **20-2**, pp. 315-26, 1952.
200. RITTER H. H. and SHAFFER J. M. — Lymphosarcoma of the intestinal tract. Report of a case in which there was an apparent five years cure. *Am. J. Surg.*, **55**, pp. 611-12, 1942.
201. RODDY S. R. — Small bowel tumors ; clinical review of thirty four cases. *Arch. Surg.*, **75**, pp. 847-53, 1957.
202. ROSENFELD H. and BRINKMAN J. — Neoplasms of the small bowel. *Am. J. Surg.*, **85**, pp. 691-93, 1953.
203. ROTH D. and FARINACCI C. J. — Jejunal leiomyosarcoma in a newborn. *Cancer*, **3**, pp. 1039-1043, 1950.
204. ROUSSEL J. — Les sarcomes de l'intestin grêle. Contribution à l'étude de leurs formes cliniques. A propos d'une forme anémique. *Thèse Lille*, 1944.
205. RUMBAUGH C. L. and TELOH H. A. — Leiomyosarcoma of the intestinal tract. Report of two cases with an unusual distribution. *Gastroenterology*, **32**, 6, pp. 1162-71, 1957.
206. SCHIEPFER (*). — Sarcome à petites cellules de la dernière partie de l'iléon. Perforation et communication avec la vessie. *Gaz. Méd. Strasbourg*, **61**, p. 42, 1882.
207. SHALLOW Th. A., EGER S. A., CARTY J. B. — Primary malignant disease of the small intestine. *Am. J. Surg.*, **69**, pp. 372-83, 1945.
208. SIMPSON-SMITH A. — Sarcoma of the intestine in children. *Brit. J. Surg.*, **26**, pp. 429-38, 1939.
209. SIRIS I. E. — Malignant tumors of the small intestine. *Am. J. Surg.*, **77**, pp. 573-84, 1949.
210. SMITH R. S. — Leiomyosarcoma of the jejunum. *Am. J. Surg.*, **84**, pp. 492-95, 1952.
211. SMOLER F. (*). — Zur Kenntnis der primären darmsarkome. *Prager Med. Wchenschr.*, **46**, p. 1689, 1909.
212. SPELLBERG M. A. and ZIVIN S. — Lymphosarcoma of the gastrointestinal tract with a report of twenty one cases. *Arch. Int. Med.*, **83**, pp. 135-49, 1949.
213. SPENCER J. G. C. — Multiple reticulosarcoma of the duodenum and jejunum. *Brit. J. Surg.*, **41**, 165, pp. 75-77, 1953.
214. SPERLING L. — Malignant lymphoma of the gastro-intestinal tract. *Arch. Surg.*, **68**, pp. 179-90, 1954.
215. STARR G. F. and DOCKERTY M. B. — Leiomyomas and leiomyosarcomas of the small intestine. *Cancer*, **8**, pp. 101-111, 1955.
216. TIPREZ J., DRIESSENS J., OMEZ Y. — Sarcome du jejunum. *Bull. Ass. Franç. Cancer*, **32**, pp. 473-79, 1939.

217. ULLMAN A. and ABESHOUSE B. S. — Lymphosarcoma of the small and large intestines. *Ann. Surg.*, **95**, 1, pp. 878-915, 1932.
218. VASSELLE P. — Radiodiagnostic d'une tumeur du grêle. *J. Radiologie*, **37**, pp. 222-23, 1956.
219. VAUTRIN A. (*), MICHON P. — Contribution à l'étude du sarcome pédiculé de l'intestin grêle. *Rev. Chir.*, **62**, pp. 443-453, 1924.
220. VERHAEGHE M., DEVAMBEZ J., SOOTS G. et GODEFROY-VENDEVILLE Y. — 8 cas de tumeurs de l'intestin grêle. *Arch. App. Dig.*, **46**, N° 11, pp. 1073-87, 1957.
221. VINCENT E. — Sarcome lymphoblastique du jéjunum. *Lyon Chir.*, **45**, p. 487, 1950.
222. WARREN S. and LULENSKI C. R. — Primary solitary lymphoid tumors of the gastro intestinal tract. *Ann. Surg.*, **115**, pp. 1-12, 1942.
223. WEISS A. G., HOLLENDER L., ADLOFF M. et WAGNER J. P. — 3 observations de tumeurs malignes du grêle. *Arch. App. Dig.*, **45**, 1-2, pp. 70-81, 1956.
224. WERTHEIMER P., BALLIVET J. — Sarcome de l'intestin grêle. *Lyon Chir.*, **37**, p. 98, 1941.
225. WEST J. P. and WRIGHT M. — Lymphoblastic sarcoma of the small intestine with primary manifestations in the skin. *Am. J. Surg.*, **76**, pp. 215-18, 1948.
226. WHELOCK M. C., ATKINSON A. J., Pizzo A. — Lymphosarcoma of ileum. *Gastroenterology*, **15**, pp. 158-61, 1950.
227. WILKIE D. — Reticulum cell. sarcoma of small intestine with perforation. *Brit. J. Surg.*, **41**, 165, pp. 50-53, 1953.
228. WOLINETZ E. — Sur 1 cas de sarcome de l'intestin grêle. *Concours Méd.*, **49**, pp. 1317-18, 1940.
229. WUIDART Y. — Lymphosarcome occlusif du grêle chez un enfant de 8 ans. *Presse Méd.*, **59**, p. 467, 1951.
230. WUIDART Y. H., GALLY L. — Résultat éloigné de la chirurgie suivie de radiothérapie dans un lymphosarcome occlusif du grêle. *Mém. Acad. Chir.*, **79**, 33, pp. 824-6, 1953.
231. YOVANOVITCH B. Y. et OBRADOVITCH R. — Quelques considérations sur les tumeurs primitives de l'intestin grêle. *Scalpet*, **109**, N° 13, pp. 341-56, 1956.

Table des Matières

	Pages
INTRODUCTION — HISTORIQUE	11
<i>Nos observations personnelles</i>	15
<i>Etiologie</i>	53
<i>Anatomie pathologique</i>	61
<i>Etude clinique</i>	73
<i>Diagnostic</i>	87
<i>Evolution. Traitement. Pronostic</i>	99
Le Traitement	100
Le Pronostic	109
CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	117

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX (AIN) — J. PATISSIER
